Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. W. Schulte

Die Auswirkung der Depression auf die Umwelt des Kranken

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Ludwig Gündel
aus Lichtentanne

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543901_0106

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. W. Schulte

Die Auswirkung der Depression auf die Umwelt des Kranken

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Ludwig Gündel
aus Lichtentanne

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. J. Hirschmann
Berichterstatter: Professor Dr. W. Schulte

INHALTSVERZEICHNIS:

	Seite
Zusammenfassung	3
Einführung	5
Interview-Fragen	11
Diskussion	62
Literaturverzeichnis	65

Zusammenfassung

Dieser Arbeit liegt eine Untersuchung in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen zugrunde. Im Verlaufe mehrerer Monate wurden 36 stationär behandelte Patienten ausgesucht, bei denen eine klinisch manifeste Depression bestand. Dabei kam der genaueren Bezeichnung "endogen", "reaktiv" usw. keine Bedeutung zu, da dies die Problematik der Arbeit nicht wesentlich beeinflußte. Um ein einheitliches Krankengut zu erhalten, wurde aber auf die gemeinsame Symptomatik der ausgewählten Fälle Wert gelegt.
Den Angehörigen dieser Patienten wurden in einem nicht standartisierten Interview 20 "offene" Fragen gestellt, bei deren Beantwortung sie zu dem Thema dieser Arbeit Stellung nehmen mußten.
Die Schwierigkeiten der Untersuchung waren vor allem technischer Art. Das Einzugsgebiet einer Universitätsklinik ist groß. Dementsprechend mußten die Angehörigen der Patienten oft große Strecken zurücklegen, um den Patienten, meist nur einmal pro Woche, zu besuchen. Diese Zeit sollte dann möglichst auch ganz dem Kranken zukommen. So wurden die Interviews in vielen Fällen extra vereinbart. Die Mitarbeit war erfreulicherweise gut, wenn auch ein gewisser "Leerlauf" nicht zu vermeiden war. Die Befragten bemerkten besonders anerkennend, daß ihre Probleme und Sorgen im Vordergrund standen. Die in dem Interview berührten Sorgen, Schwierigkeiten, Hoffnungen und Wünsche sind unten kurz angedeutet. In ihrer Gesamtheit können sie in der Übersicht auf Seite 11 nachgelesen werden.
Die Untersuchung erbrachte das Ergebnis, daß die Erkrankung eines Familienmitgliedes nicht ohne Folgen für die Familie in vielerlei Hinsicht sein kann. So ergab sich, daß die Krankheit in mehreren Fällen sowohl von den Angehörigen, als auch von einem Teil der behandelnden Ärzte nicht sofort erkannt und übernaupt als Morbus betrachtet wurde, bzw. durch die richtige Diagnose nicht immer sofort einer gezielten Therapie zugänglich gemacht werden konnte. Die klinische Behandlung

wurde teils mit Erleichterung ertragen, teils empfanden sie die Angehörigen der Patienten als Belastung, nach der dann genauer gefragt wurde. Auswirkungen der Depression ergaben sich: auf die Familienstruktur, das familiäre Zusammenleben und auf die Rollen, die sowohl der Patient als auch dessen Ehepartner in der Familie inne hatten; weiterhin auf die Gesundheit der Familienmitglieder und auf deren berufliche Tätigkeit. Einschneidende Maßnahmen resultierten u.U. aus der Erkrankung (Wohnungswechsel, Berufswechsel, Sparmaßnahmen, Kinderwunsch, usw.). Außerdem wurde auf das Verhältnis der Angehörigen mit den behandelnden Ärzten eingegangen und nach Wünschen und Hoffnungen gefragt, die die Umwelt des Patienten im Zusammenhang mit der Behandlung und Rückgliederung in die Familie nach einem längeren stationären Aufenthalt äußerte. Schließlich betraf eine der Fragen Schuldgefühle, die durch die Krankheit des Patienten bei einigen Angehörigen aufgetreten waren.

Therapeutisch sollte dies alles sowohl während des stationären Aufenthaltes des Patienten als auch bei seiner Entlassung und Wiedereingliederung in die Umwelt nicht unberücksichtigt bleiben. Dies wird vor allem Aufgabe der sich zunehmend formierenden Sozialpsychiatrie sein. Insbesondere die Erziehung der Umwelt des Patienten - hauptsächlich natürlich der Familie - zu einer therapeutischen Gemeinschaft wird in Zukunft eine bedeutendere Rolle bei der Behandlung psychotischer Patienten spielen müssen, als es bisher der Fall war und damit den Aktionsradius zukünftiger Sozialpsychiatrie und Psychiatrie allgemein erheblich erweitern.

Dazu sollten einige Tatsachen erfaßt und Probleme für weitere Untersuchungen aufgeworfen werden. Das war das Ziel dieser Arbeit.

I

Die Auswirkung der Krankheit auf die Umwelt - interessiert diese Frage? Trotz bedeutender Fortschritte auf dem Gebiet der Medizin bleibt uns noch viel zu tun bei der Behandlung kranker Menschen. Ständig belegte Krankenhausbetten und überfüllte Wartezimmer bestätigen es jeden Tag erneut. Sollen wir uns dann auch noch um die Auswirkung der Krankheit auf die Umgebung des Patienten bemühen und eventuell auch hier therapeutisch eingreifen? Ob tatsächlich eine Notwendigkeit und Möglichkeit hierzu besteht, wird nach Betrachtung der in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse diskutiert werden können.

Hingenommen werden muß vorerst die Tatsache, daß diesem Problem überhaupt bisher nur eine geringe Aufmerksamkeit zukam und nur ein kleiner Anteil der forschenden und praktizierenden Medizin von dieser Aufgabe in der jüngsten Zeit beansprucht wurde.

In der hier vorliegenden Arbeit wurde speziell die Auswirkung der Depression auf die Umwelt untersucht. Aus dem großen Gebiet der seelischen Krankheiten wurde damit nur eine ausgewählt, um daran das allgemeine Problem: Auswirkung der Krankheit auf die Umwelt überhaupt zu erarbeiten. Man könnte im Grunde viele Krankheiten, die täglich in Klinik und Praxis zur Behandlung kommen, auf diese Art und Weise untersuchen.

Damit sei also die präzise Frage gestellt: Die Auswirkung der Depression auf die Umwelt - interessiert uns dieses Problem?

Warum gerade die Depression, ist dabei weniger von Belang. Es wurde schon angedeutet, daß zwar der Morbus als solcher nicht unbedingt differenziert werden müßte; es soll aber anhand eines einheitlichen Krankengutes einer Frage nachgegangen werden, die im Rahmen der Sozialpsychiatrie wohl hier und da auftauchte, bisher aber kaum weiter verfolgt wurde.

Zum Erfahrungsgut eines Mediziners gehört die Tatsache, daß

die soziale Umgebung eines Patienten, sein Familienstand und die Familie als soziale Einheit sowie verschiedene kulturelle und andere Faktoren die Entstehung und den Verlauf einer Krankheit, besonders einer seelischen Erkrankung, beeinflussen können. Anders betrachtet besteht aber die Möglichkeit, daß die Krankheit ihrerseits diese Summe der Umgebungsfaktoren u.U. erheblich beeinflußt und stört, d.h. selbst als pathogener Faktor wirkt und kommt damit zur Problemstellung dieser Arbeit.
Diese Art des Denkens ist ein Teilgebiet der sich verstärkt formierenden Sozialpsychiatrie. Es geht dabei um die Aufgabe, medizinische Probleme auch mit den Methoden und der Betrachtungsweise der Soziologie zu untersuchen. Ein Bezugsetzen der Menschen zueinander und zu ihrer Umgebung erweitert dabei das Betätigungsfeld der Medizin und schränkt vielleicht die Gefahr etwas ein, daß auch in der Psychiatrie die zu behandelnden Patienten nur als "Fälle" betrachtet werden. Es soll so u.a. der kranke Mensch nicht isoliert von seiner Umwelt betrachtet werden, sondern die Wechselwirkung zwischen beiden und - dies besonders in dieser Arbeit - die Wirkung der Krankheit auf das Umfeld des Patienten.
Damit ergibt sich in Zukunft für einen Teil der Ärzte auf dem weitreichenden Feld der Sozialmedizin und ihrem Teilgebiet, der Sozialpsychiatrie, eine nicht unbedeutende Aufgabe, die hier nur am Rande vermerkt sei.
Etwas einschränkend sei aber an dieser Stelle auf einen Gefahrenpunkt verwiesen, dem man zu schnell erliegen könnte: dem der Übertreibung. Man darf den kranken Menschen nicht nur im Rahmen einer sozialen Umwelt sehen. Jedes menschliche Wesen muß sich heute, will es existieren, ständig mit seiner Umwelt auseinandersetzen. Es muß sich durchsetzen und Kompromisse schließen. Als Arzt hat man die einmalige Möglichkeit, ihm auch vor Augen zu führen, daß es "ein Mensch mit einmaliger Herkunft und mit einer einmaligen Lebensgeschichte ist" (Kolle). Er soll dann auch das Recht und die Möglichkeit zu seiner Krankheit haben, was nur dann geschehen kann, wenn Sozialpsychiatrie wirklich indiziert ist und "dosiert" betrieben wird.

Doch soll in dieser Arbeit, wie oben schon angedeutet, weniger von diesem Patienten die Rede sein, sondern mehr von dem, was zusammenfassend als sein "sozialer Rahmen", eben seine Umwelt schlechthin, bezeichnet werden kann und weiterhin von den Veränderungen, die in diesem Rahmen auftreten können, wenn ein Sozius zum Patienten wird. Denn es ist eben doch Ausdruck neuer Wege in der Medizin, nicht mehr den einzelnen Kranken isoliert zu sehen (dieser Gefahr unterliegt besonders die Anstaltspsychiatrie sehr leicht), sondern auch die Umwelt und die mit der Krankheit des anderen verbundenen Änderungen in ihr zu betrachten.

II

Im Verlaufe mehrerer Monate wurden an der Universitäts-Nervenklinik in Tübingen stationär behandelte Patienten ausgesucht, bei denen eine klinisch manifeste Depression bestand. Dabei kam der genaueren Bezeichnung "endogen", "reaktiv" usw. keine Bedeutung zu, da dies die Problematik der Arbeit nicht wesentlich beeinflußte. Wenn auch bei reaktiven Depressionen das Mitschwingen der Umwelt besonders deutlich und von geradezu diagnostischem Wert sein soll (Schulte, 1957), stand doch der Morbus als solcher im Vordergrund, dessen Auswirkungen es zu untersuchen galt. Die Ätiologie, die zum Teil umstritten und bei weitem noch nicht geklärt ist, hier auch noch zu berücksichtigen, schien im Rahmen dieser Untersuchung von untergeordneter Bedeutung.
Um ein einheitliches Krankengut zu erhalten, wurde aber auf die gemeinsame Symptomatik der ausgewählten Fälle Wert gelegt. Dabei sollten möglichst mehrere der von Matussek und Mitarbeitern (Matussek und Mitarbeiter, 1965) beobachteten wesentlichsten Symptome der Depression vorhanden sein. Insbesondere die klassischen Zeichen: vitale Traurigkeit, Hemmung, Schuldgefühl und Angst. Außerdem wurde gefordert, daß der Patient in eine feste Lebensgemeinschaft, meist die eigene Familie, integriert war. Denn nur daran waren die Auswirkungen der Krankheit zu erkennen und mit einem Mitglied der Gemeinschaft zu erarbeiten. Nicht berücksichtigt werden konnte

dagegen die Auswahl nach der Dauer und Häufigkeit der Erkrankung, da für die Beachtung dieser Kriterien in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht genügend Patienten vorhanden gewesen wären. Da das ein nicht unwesentlicher Faktor ist, sei dies am Anfang kritisch vermerkt. Es wurden aber nur Patienten ausgewählt, die schon über einen längeren Zeitraum in ambulanter oder stationärer Behandlung waren. Viele davon schon zum wiederholten Male.
Quantitativ exakte Angaben über die Auswirkung der Erkrankung waren bei einer einmaligen Exploration der Angehörigen, wie es hier der Fall war, sowieso nicht zu erwarten, dazu wäre die Beobachtung dieser Familien über einen größeren Zeitraum notwendig gewesen, etwa wie es Willi anhand einiger Familien, in denen ein schizophrener Patient lebte, geschildert hat (Willi, 1962). Dies ist aber eine Aufgabe, die von einem einzelnen aus zeitlichen und vor allem organisatorischen Gründen nur schwer gelöst werden kann.
Es geht hier nur darum, die Vielfalt der Möglichkeiten einer Krankheit als Störfaktor in der Umwelt aufzuzeigen und eventuell auch Anregungen für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet zu geben.
Krankheitsbereitschaft und Phasenhäufigkeit sollen bei Frauen größer sein als bei Männern (im Verhältnis etwa 3:1). Dies drückt sich auch in der Auswahl der Fälle in dieser Arbeit aus. Von den Familienangehörigen wurde dann meistens bei Erkrankung der Frauen mit den Ehemännern, zum Teil auch mit älteren Kindern gesprochen. Bei den erkrankten männlichen Patienten ergab sich dann die umgekehrte Situation.
Das Alter der Patienten, bzw. der befragten Angehörigen war je nach Auftreten der Krankheit oder der Anzahl der Schübe verschieden (im Mittel zwischen 30 und 50 Jahren) und wurde nicht berücksichtigt. Ebenso nicht beachtet wurde die soziale Schicht, der die Familie des Patienten zugehörte. Auch dies könnte nur im Rahmen einer zahlenmäßig umfangreicheren Untersuchung eine Rolle spielen. Die meisten Patienten bzw. Patientinnen waren Arbeiter oder Angestellte unterschiedlichen Bildungsgrades und sozialer Herkunft. Was das Ergebnis

dieser Exploration betrifft, so kann trotz alledem gesagt werden, daß, deren Aussagewert betreffend, letztlich doch ein nahezu einheitliches Bezugssystem gegeben war.

III

Insgesamt wurden die Angehörigen von 36 Patienten befragt. Das jeweilige Gespräch erfolgte als nicht standartisiertes Interview mit "offenen" Fragen (von manchen Autoren auch als "zentriertes Interview" bezeichnet). Es wird dabei dem Gespräch der offizielle Rahmen genommen und die Befragten zu "lebensnäheren Antworten" ermutigt (R. König). Das Ganze erfolgte etwa so wie im Sprechzimmer des Arztes, wenn dieser bei Aufnahme eines neuen Patienten auch dessen Angehörige spricht und deren Angaben dann in der Anamnese unter: Angaben der Ehefrau usw. folgen läßt.
Es ging vor allem darum, dem Interviewten nicht das Gefühl zu geben, daß er unnötig "ausgefragt" wurde, sondern seine Angaben nur eine notwendige und für die Ärzte wichtige und interessante Ergänzung dessen seien, was er mit dem behandelnden Arzt z.T. schon besprochen hat. Außerdem konnte bei dieser Art der Befragung besser auf die Persönlichkeit und die geistige Struktur des einzelnen eingegangen werden. Die unten aufgeführten Fragen waren wohl fest umrissen, wurden aber innerhalb des Gespräches über die Erkrankung und deren Auswirkung eingeflochten, was manchmal etwas verdeckt geschehen mußte. Oder der Interviewte wurde durch hier nicht angeführte Nebenfragen auf das gewünschte Problem gedrängt. Dabei ergab sich in nahezu allen Fällen, daß nach anfangs bestehender und wohl auch nachfühlbarer Zurückhaltung bereitwillig und oft in zu ausführlichem Redestrom geantwortet wurde, sobald die Angehörigen merkten, daß sich hier jemand vorwiegend für sie und ihre eigenen Nöte interessierte und einmal nicht so die Krankheit des Patienten im Vordergrund stand (die Angehörigen wurden vor jedem Interview über dessen Zweck unterrichtet, vor allem auch darüber - und das war oft notwendig und wirkte beruhigend - daß auch dieses Gespräch der Schweigepflicht unterliegt).

Nur in einem Fall ergaben sich Schwierigkeiten, und ein vollständiges Bild konnte erst durch die Mithilfe der die Patientin behandelnden Kollegin entstehen: Der Ehemann einer depressiven Patientin, von Beruf Landwirt und Arbeiter in einer kleinen Firma, hatte, wie sich später ergab, wegen der Erkrankung seiner Frau schwere Schuldgefühle, die auch zum Teil berechtigt waren. Durch die erneute Befragung fühlte er sich gleichsam darin bestätigt und vielleicht auch angeklagt und ging dann bei der (noch zu besprechenden) Frage: Haben Sie wegen der Krankheit Ihrer Frau Schuldgefühle? mit einem unfreundlichen Gruß laut schimpfend aus dem Zimmer. Der Fall wird später noch einmal erwähnt werden.
Oft kamen auch interessierende Rückfragen. Wenn dann der Fragende ausreichend informiert war, kamen auch Antworten wie: "Dann vergessen Sie folgendes nicht", oder "wenn Sie das mal alles anderen mitteilen könnten" usw.
Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich nur wenige Fälle auch nach dem Gespräch nicht für diese Arbeit eigneten, obwohl ja schon vorher etwas Auslese getroffen worden war; dies natürlich nicht nach dem eventuell zu erwartenden Ergebnis, sondern der grob eingeschätzten familiären Situation und dem "Informationsvermögen" der Angehörigen.
Die Gespräche nahmen teilweise beträchtlichen Umfang an, da sie nicht selten eine "Aussprache" für den Betreffenden wurden, die er schon lange gesucht hatte. Außerdem ließen gerade diese offenen Fragen dem Interviewten in seinen Überlegungen viel Spielraum. Am Schluß ergab sich dann jeweils die Aufgabe, aus diesen Gesprächen das Konzentrat zu ziehen.
Folgende, auf der nächsten Seite aufgeführte Fragen sollten beantwortet werden:

1. Sind die Angehörigen der festen Überzeugung, daß der Patient wirklich krank ist?
2. Ist der Zeitpunkt der Entstehung der Krankheit genau bekannt?
3. Wer gab den Anstoß zur Konsultation eines Nervenarztes, bzw. wie kam der Patient in die Klinik?
4. Wieviele Ärzte wurden bei der ersten Erkrankung des Patienten konsultiert?
5. Fühlten sich die Angehörigen durch die Einweisung des Patienten in die Klinik erleichtert oder empfanden sie diese als Belastung?
6. Fühlen sich die Angehörigen den Anforderungen der Krankheit gewachsen oder zeigen sie sich zunehmend gereizt, gelähmt, verärgert, verzweifelt, gleichgültig, mitfühlend, überfordert oder haben sie Angst?
7. Haben sie das Gefühl, daß sie dem Patienten helfen können oder ihm eine Stütze sind?
8. Traten während der Krankheit des Patienten Krankheiten bei den Angehörigen auf, bzw. alte Leiden erneut in Erscheinung (Schlaflosigkeit, Magenbeschwerden, Menesesunregelmäßigkeiten, katarrhalische Infekte usw.)?
9. Traten bei dem Patienten selbst während der depressiven Phasen zusätzlich Erkrankungen auf?
10. Kommt es durch die Erkrankung des Vaters oder der Mutter in der Familie zu einer Rollenänderung?
11. Traten Probleme bei der Rückkehr des Patienten aus der Klinik in die Familie auf oder werden solche erwartet?
12. Wie reagiert die Familie insgesamt auf die Erkrankung eines ihrer Mitglieder?
13. Kam es durch die Krankheit zu einer Änderung im Zusammenleben der Ehepartner?
14. Ergaben sich durch die Krankheit eines Familienmitgliedes Auswirkungen im Berufsleben der Angehörigen?
15. Wurde die Familie gezwungen, einschneidende Maßnahmen zu treffen (Wohnungswechsel, Berufswechsel, Sparmaßnahmen, Kinderwunsch, Verdienstausfälle)?

16. Zieht sich die Familie aus dem öffentlichen Leben zurück, und hat die Krankheit eines Familienangehörigen eventuell auch gesellschaftliche Folgen?
17. Unterlag das Verhältnis der Angehörigen des Patienten zu den behandelnden Ärzten während der Krankheitsphasen einer Veränderung?
18. Greifen die Angehörigen des Patienten durch dessen Krankheit und die damit verbundene Belastung überhaupt oder vermehrt zu Medikamenten, Nikotin, Alkohol usw.?
19. Haben die Angehörigen des Patienten im Zusammenhang mit dessen Erkrankung ein Schuldgefühl?
20. Was erwarten sie von einer Besserung im Befinden des Patienten und der Rückkehr aus der Klinik in den Familienkreis?

Frage 1:
Sind die Angehörigen der festen Überzeugung, daß der Patient wirklich krank ist?

Die Frage überrascht den Leser vielleicht ebenso wie einen Teil der Befragten. Aber sie wird schon durch die Art, auf diese Frage zu antworten und den Inhalt der Ansichten hierzu nachträglich gerechtfertigt.
29 Interviewte antworteten spontan und mit tiefster Überzeugung, daß sie fest annehmen, einen Patienten in der Familie zu haben. Die Krankheit sei von ihnen vielleicht nicht sofort erkannt worden, oder sie wollten sie anfangs nicht ohne Einschränkung als gegebene und plötzlich für sie zu bewältigende Tatsache hinnehmen - aber jetzt sei der andere krank!
Einige davon waren aber auch über diese Frage in einer Klinik entrüstet. Um dadurch nicht eine Barriere des Mißtrauens von vornherein zu errichten, wurde die Frage bei späteren Interviews an den Schluß der Exploration gestellt. Bei anderen Angehörigen tauchten nach der Frage Zweifel auf; sie hatten sich gleiches auch schon gefragt, aus Unlust oder Angst vor einer letzten Entscheidung aber nicht weiter verfolgt. Die klinische Behandlung entband sie dann auch dieser Entscheidung und war für sie die letzte Bestätigung der "Leidensechtheit" ihres Angehörigen.
4 Befragte zögerten mit der Antwort. Sie waren sich auch jetzt noch nicht im klaren darüber. Nun kann ihnen sicher teilweise zugestanden werden, daß ihr Zweifel dem Wunsch entsprang, es möge doch wieder alles so wie früher sein; die Familie zusammen, weg mit all den Unannehmlichkeiten, die diese Krankheit mit sich brachte. Dabei merkte man an dieser Stelle überhaupt, daß man hier sehr vorsichtig und etwas umschrieben fragen mußte, um nicht unberechtigte Hoffnungen einerseits oder Mißtrauen gegenüber dem Patienten andererseits zu nähren oder auch erst aufzubringen. Dieses Mißtrauen bestand teilweise latent bei dem anderen Teil der Zögerer. Da mußte die Exploration besonders vorsichtig weitergeführt werden, um kein Trauma zu hinterlassen.

Es gab 3 Befragte, die mit einem klaren "Nein" auf diese Frage antworteten. In einem Falle entsprang es wohl einer Trotzreaktion aus einer Verbitterung heraus und auch aus Uneinsichtigkeit: so sagte der Ehemann einer depressiven Patientin, daß er nicht einsehen könne, warum ihm seine Frau dies zumuten würde; dabei könnten diese Stimmungsschwankungen doch nur einer gesteigerten Launenhaftigkeit entspringen und seien sonst durch nichts zu begründen. Mehrere Ärzte hätten sie ja auch schon untersucht und von keinem wäre etwas gefunden worden. Außerdem - und dies war ein häufig ausgesprochener Satz, der auch von anderen Angehörigen des öfteren zu hören war - fehle es ihr (bzw. ihm) an nichts. Und trotzdem!
Damit kommen wir zu der Berechtigung dieser Frage. Als Mediziner sollte man diese Reaktionen kennen und vorerst auch akzeptieren, denn sie sind nachfühlbar.
Das Krankheitsbild der körperlich nicht begründbaren Psychosen, wozu auch z.B. die endogenen Depressionen gehören, läßt verständlich werden, wenn sich die Angehörigen

a) sofort Sorgen um den Nächsten machen, der entweder von heute auf morgen oder innerhalb eines längeren Zeitraumes so verändert erscheint, ja, der sogar aus dem Leben scheiden will. Und wenn sie weiterhin fest annehmen, daß ihr Angehöriger an einer Krankheit leidet, die ihnen wohl einerseits Sorgen bereitet, sie aber andererseits mit gewisser Erleichterung dann feststellen können, daß sie berechtigter oder unberechtigter Verantwortlichkeit für das Geschehen zunächst enthoben sind. Es ist eine Krankheit, die plötzlich und oft unerklärbar in die Familie eingebrochen ist.

Wir verstehen aber auch, wenn diese Einsicht

b) nur zögernd und in dauerndem für und wider erfolgt, da die Zustimmung doch für einige der Angehörigen gleichzeitig Verzweiflung und Ratlosigkeit bedeuten kann oder das Eingeständnis einer Schuld, mag diese begründet oder unbegründet sein.

Und schließlich sollten wir auch diese Angehorigen zu ver-

stehen suchen, die

c) Krankheitsuneinsichtigkeit zeigen. Bei diesem Verständnis sollte man aber keineswegs stehen bleiben, denn schon hier bieten sich über den Angehörigen manchmal dankbare Ansatzpunkte für eine erste Therapie. Auch die hierzu zählenden Befragten hatten sich ausführlich mit der Krankheit befaßt und waren über diese Frage nicht mehr oder weniger überrascht als die vorher genannten. Ihre Antwort konnten sie begründen. Etwas resigniert lautete die Summe: "Ich kann es mir nicht erklären, es kann also auch nicht so sein". "Sie ist nicht krank, aber sie ist melancholisch", sagte der Ehemann einer 50jährigen Patientin, die schon mehrfach klinisch behandelt wurde. Welche Möglichkeiten und sicher auch Pflichten können sich in diesen Fällen für ein ärztliches Gespräch ergeben.

Zusammenfassung: Von 36 Befragten antworteten auf diese Frage 29 mit "ja", 4 nur zögernd und unentschlossen mit "ja", 3 mit "nein".

Frage 2:
Ist der Zeitpunkt der Entstehung der Krankheit genau bekannt?

Diese Frage wurde nur 13 mal positiv beantwortet, was man wohl überwiegend damit erklären kann, daß die Symptomatik dieser Krankheit, besonders anfangs, sehr unterschiedlich und uncharakteristisch ausgebildet sein kann und der Beginn sich nicht selten über einen längeren Zeitraum erstreckt.
Der größte Teil der Angaben war zu ungenau, als daß er für eine exakte Antwort gewertet werden konnte. Es kam aber am häufigsten zum Ausdruck, daß die Krankheit schleichend begann und auch vom Arzt nicht immer sofort richtig diagnostiziert worden wäre. Retrospektiv blieb es dann nur bei vagen Vermutungen über den Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes.
In der Anamnese des Patienten ist diese Frage nicht unwichtig, weil sie ätiologisch und therapeutisch Anhaltspunkte geben kann.
In dieser Arbeit wurde die Frage vor allem aus dem Grunde ge-

stellt, um die Angaben der Angehörigen etwas abzurunden und ein besseres Bild von der Krankheit und der durch sie entstandenen Veränderungen und Auswirkungen in der Umwelt zu bekommen. Außerdem sollte bei den Angehörigen nicht der Eindruck entstehen, als ob der Patient und dessen Beschwerden in diesem Gespräch gänzlich unberücksichtigt blieben. In den Fällen, in denen die Entstehungszeit der Krankheit von den Angehörigen genau angegeben werden konnte, wurde sie mit den nachfolgend genannten Begebenheiten in Verbindung gebracht:
In drei Fällen seien verschiedene somatische Beschwerden vorausgegangen, einmal habe es mit der Unregelmäßigkeit der Regel begonnen, ein Fall begann während der zweiten Schwangerschaft, einmal nach einem Betriebsunfall, der den Patienten lange vom Arbeitsplatz ferngehalten habe und er deshalb damals Angst bekam, daß er als Simulant betrachtet werden würde. Die Krankheit einer anderen Patientin begann nach dem Selbstmord ihrer Schwester. In einem anderen Fall lag eine Pause von vielen Jahren zwischen den beiden Phasen; die Depression sei erstmals aufgetreten, als die Patientin als junges Mädchen beinahe vergewaltigt worden wäre. Jetzt, bei der zweiten Phase, hatte man keinen Anhaltspunkt für eine genaue Entstehungszeit. Andere Fälle begannen nach einer Unterleibsoperation, nach einem Umzug und einmal bei beruflicher Überlastung während des Sommerschlußverkaufs.
In weiteren zwei Fällen war die Entstehungszeit zwar genau bekannt (in einem Fall sogar das genaue Datum), eine Ursache oder Verbindung zu einem Ereignis konnte aber nicht angegeben werden.
Zusammenfassung: In 23 Fällen konnte von den Angehörigen keine genaue Entstehungszeit der Krankheit des Patienten angegeben werden. In 13 Fällen war die Entstehungszeit der Krankheit genau bekannt und wurde davon in 11 Fällen mit verschiedenen, oben angeführten Ursachen in Zusammenhang gebracht.

Frage 3:
Wer gab den Anstoß zur Konsultation eines Nervenarztes, bzw. wie kam der Patient in die Klinik?

Anlaß zu dieser Frage gab der Eindruck, daß gerade bei depressiven Patienten in vielen Fällen die Umwelt zuerst reagiert und den Patienten drängt, doch wegen seines veränderten Befindens endlich einen Arzt aufzusuchen. Dies liegt zum Teil sicher im Wesen dieser Krankheit, die den Patienten zur Schwäche, zur Abflachung und Interesselosigkeit sich selbst und der Umwelt gegenüber verurteilt. So quälend für ihn dieser Zustand ist, so zwingt ihn doch absolute Hoffnungslosigkeit, hilflos zu verharren. Aber da sind die Angehörigen. Ihnen sind die Hände nicht gebunden. Sie drängen und reden auf den Kranken ein und haben dann doch Erfolg; der Patient wird dazu gebracht, endlich einen Arzt zu konsultieren. Daß es dann leider öfters nicht bei einem bleibt, davon wird dann in den Ergebnissen der nächsten Frage die Rede sein. Wird aber die Diagnose sofort oder auch später gestellt und eine klinische Behandlung von dem behandelnden Arzt für notwendig gehalten, beginnt der Kampf meist erneut. Der Patient muß dazu gebracht werden, sich in der Klinik - in einer Nervenklinik - behandeln zu lassen und von seinem Arbeitsplatz und der Familie fernzubleiben.
Es waren 13 Patienten, bei denen die Angehörigen zu einer Behandlung durch einen oder mehrere Ärzte drängten (s.a. nächste Frage).
Aber es gab auch Patienten, die selbst zum Arzt wollten, denen der Wille und die Energie zu diesem Schritt nicht genommen war, die endlich auch wissen wollten, woher dieser unerträgliche Zustand der Verstimmung und des Versagens kam. Hierzu gehörten zehn Patienten. Daß dabei häufig zunächst der Hausarzt konsultiert wurde, hatte verschiedene Gründe. Es war einmal der Arzt, mit dem man häufiger Kontakt hatte und von dem man in diesem Falle nicht selten mehr eine beratende Funktion erwartete. Es war auch oft die Frage wie und zu welchem Facharzt man gehen sollte, die sich besonders in den in

dieser Beziehung weniger gut versorgten ländlichen Bezirken dem Patienten und dessen Angehörigen stellte.
In neun Fällen wurde der Hausarzt auf die zugrunde liegende Depression aufmerksam, als der Patient ihn wegen Beschwerden aufsuchte, deren im Vordergrund stehende Symptomatik nicht unbedingt einer depressiven Erkrankung zuzuordnen war und in einigen Fällen auch eine zusätzliche Erkrankung vorlag. Manchmal wurden vom Patienten noch andere Ärzte zu Rate gezogen, oder er konsultierte einen weiteren Facharzt oder kam direkt von seinem Hausarzt auf dessen Vorschlag in die Klinik.
In einem Fall war es der Vertrauensarzt, der dem Patienten die Behandlung in der Klinik "empfahl", in einem anderen der Pater, dem bei den regelmäßigen Hausbesuchen die Veränderung des Patienten aufgefallen war und gleich darauf verwies, daß wohl die Behandlung durch einen Nervenarzt die beste sei.
Betrachten wir abschließend das Ergebnis dieser Frage, so ist deutlich sichtbar, daß beim überwiegenden Teil der Patienten die Angehörigen bzw. die Umwelt schlechthin zuerst reagierte und den ersten Schritt zu einer Behandlung einleitete. Daß dabei der Symptomatik der Krankheit eine wesentliche Rolle zukommt, wurde schon gesagt.
Zusammenfassung: 24 Angehörige gaben an, daß entweder sie selbst, der Hausarzt oder andere den Anstoß dazu gaben, daß der Patient einen Nervenarzt aufsuchen soll. 10 Patienten seien von sich aus zum Nervenarzt gegangen, in zwei Fällen war es nicht mehr bekannt.

Frage 4:
Wieviel Ärzte wurden bei der ersten Erkrankung des Patienten konsultiert?

Nur in sieben Fällen war es ein Arzt, den der Patient zur Behandlung aufsuchte und der ihn dann in die Klinik überwies. Dies mag zuerst überraschen, aber auch hier kann man sich diese Tatsache mit den verschiedenen Symptomen, mit denen diese Krankheit nun einmal in vielen Fällen beginnt und die auch lange bestehenbleiben, erklären. Daß es aber überwiegend

mehrere behandelnde oder oft nur zu Rate gezogene Ärzte waren, liegt sicher nicht allein daran. Die Tendenz, öfters und schon wegen geringfügiger Beschwerden zum Arzt zu gehen, die zunehmende Spezialisierung eines großen Teiles der Ärzte und die Überlastung einiger weniger Landärzte bzw. praktischen Ärzte führen heute mehr denn je dazu, daß intensive Untersuchung und Befragung in der Praxis nur selten möglich sind. Auch stellt die Diagnose eines Arztes die Angehörigen oder den Patienten selbst nicht mehr zufrieden. Man hat so viel gelesen und gehört, daß man es auch ruhig noch einmal wo anders versuchen kann. Bezeichnend für diesen Einwand mag wohl folgendes Beispiel sein, das während einer Visite in der Klinik passierte: Mehrere Patienten kamen mit einer Wochenzeitung in der Hand auf die Ärzte zu und baten um die Änderung der Behandlung oder um Entlassung, da sie die Diagnose ihrer Krankheit bzw. deren Schweregrad anhand eines Berichtes dieser Zeitung getestet hätten und sich eine zu niedrige Punktzahl für ihren Fall ergeben hätte.
Ob diese eben umrissene Entwicklung für den Patienten und auch seine Familie immer vorteilhaft ist, soll hier nicht weiter untersucht werden. Es war aber festzustellen, daß manche Patienten wegen des gleichen Krankheitsbildes bei vier bis sechs und mehr Ärzten waren, ehe sie in die Klinik kamen, weil die Depression oft nicht erkannt und entsprechend therapiert worden war. Verschiedene ambulante Behandlungsversuche führten aber wiederum zu einer Verschleierung der Symptomatik und auch falscher Interpretation. Dies steigerte natürlich andererseits die Ungeduld und Enttäuschung des Patienten und mußte so zwangsläufig zu einem Arztwechsel führen. So kam es für den Patienten und die Angehörigen zu einem unerträglichen und zugleich zwingenden Zustand. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein 46 Jahre alter Beamter, ausgesprochen asthenische Persönlichkeitsstruktur, litt seit vielen Jahren angeblich an Magenbeschwerden, die, wie bei mehreren Untersuchungen festgestellt, keine organische Grundlage hatten. Dazu laufend Gewichtsabnahme und erhebliche depressive Verstimmungszustände, die öfters dazu führten, daß er vom Arbeitsplatz fernbleiben

mußte. Die Anzahl der im Laufe von 12 Jahren konsultierten Ärzte konnte er nicht mehr angeben. In die Klinik kam er in einem kachektischen Zustand und einer Stimmung, die durch absolute Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet war. Nicht viel besser schien es der Ehefrau zu gehen, die äußerst nervös und bedrückt über die Tatsache schien, daß alle bisherigen Behandlungsversuche zu keinem besseren Ergebnis geführt hätten. Erhebliche Selbstvorwürfe waren bei beiden abzubauen.
In mehreren anderen Fällen waren die Angehörigen über die therapeutischen Mißerfolge schließlich so verzweifelt, daß sie selbst den behandelnden Arzt baten, den Kranken endlich in die Nervenklinik zu überweisen.
Zusammenfassung: 8 Patienten kamen direkt vom Hausarzt in die Klinik, 13 Patienten vom Hausarzt über einen Facharzt oder weiteren praktischen Arzt. 6 Patienten konsultierten drei Ärzte, 8 mehr als drei Ärzte. In einem Fall war es nicht mehr bekannt.

Frage 5:
Fühlten sich die Angehörigen durch die Einweisung des Patienten in die Klinik erleichtert oder empfanden sie diese als Belastung?

Was passierte nun, wenn der Patient in die Klinik kam und dort für längere, oft sehr lange Zeit bleiben mußte?
Der größere Teil der interviewten Angehörigen (26) fühlte sich jetzt erleichtert. Es wurden aber verschiedene Gründe dafür angegeben.
Ein Teil der Befragten war erleichtert, weil sie den Patienten, dessen Zustand sie hilflos ertragen mußten, eine Weile nicht in ihrer Nähe hatten. Das Zusammenleben mit dem Kranken war oft auf das Äußerste strapaziert worden. Nun sollten vorübergehend andere versuchen, mit dieser Krankheit fertig zu werden.
Der andere, größere Anteil der Befragten war erleichtert, weil er in der Klinik nicht einen "Aufbewahrungsort" sah, sondern hier endlich die Hilfe für den Patienten erhoffte. Oft waren

dem Entschluß, ein krankes Familienmitglied in der Nervenklinik behandeln zu lassen, lange Überlegungen, Befürchtungen und ein wahres Durchringen zu diesem Entschluß vorausgegangen. Der Name "Nervenklinik" ist auch heute noch dazu angetan, bei einem Teil der Bevölkerung düstere Assoziationen heraufzubeschwören. Es wurde manchmal erst in einem oder mehreren ausführlichen Gesprächen mit den Angehörigen deutlich, welch ungeheuerlicher Entschluß das für die Familie sein kann, einen der ihren psychiatrisch in einer Anstalt behandeln zu lassen. Die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik erfolgt eben doch anders und unter anderen Gesichtspunkten, als die Einweisung in eine andere Klinik. Besonders hier wird oft erst unter innerem und,wenn auch seltener,unter äußerem Zwang die Einsicht in diese Notwendigkeit geschaffen. Doch dann die eventuell auftretende Erleichterung! Der erste Eindruck widerlegt oft schon einen Teil der Bedenken, dem Patienten und dessen Familie können Hoffnung gemacht werden; man ist zunächst erleichtert und beruhigt, wenn auch in manchen Fällen zu diesem Zeitpunkt weiterhin Unsicherheit in Diagnose und Prognose besteht.

Vom Behandlungserfolg, der Geduld der Betroffenen und den Anforderungen, die das häusliche Milieu an die zurückgebliebene Familie stellt, hängt es ab, ob die Erleichterung bis zur Entlassung des Patienten anhält und vielleicht auch in die Freude über die Besserung übergeht, oder aber, ob aus dem Gefühl der anfangs bestandenen Erleichterung das der Belastung wird, wie es dann bei 3 Interviewten von diesen 26 der Fall war.

Die Gründe für dieses Umschlagen waren verschieden. Es seien die wichtigsten genannt: Es waren vor allem die zurückgebliebenen Ehemänner, die neben ihren beruflichen Verpflichtungen nun plötzlich die Hausfrau und Mutter vertreten mußten und damit die gesamte Verantwortung für die Familie hatten. Daß dies für einen längeren Zeitraum (und um einen solchen ging es in vielen Fällen) nicht die beste Lösung sein kann, ist wohl zu verstehen. Therapeutisch bleibt dieses Problem für den Patienten nicht immer ohne Konsequenzen. Depressive neigen

ja schon vermehrt zu Sorgen um die Familie. Kommen nun wirklich objektivierbare Schwierigkeiten hinzu, kann dies die Behandlung erheblich stören. Nicht selten beobachtet man dann, daß nach einem Besuch des Ehepartners, z.B. an einem Wochenende, der Patient in einen äußerst depressiven Zustand zurückfällt. Das dann nur, weil er von den häuslichen Belastungen Kenntnis erhalten hatte.

Ein Umschlagen vom anfangs bestehenden Gefühl der Belastung in eines der Erleichterung ist natürlich auch möglich, wurde allerdings bei dieser Untersuchung nur in einem Falle, unter der sichtbaren Besserung des Patienten, beobachtet.

Acht Interviewte empfanden die Einweisung in die Klinik von vornherein als Belastung. Das auch dann noch in einer Situation, als der Patient schon längere Zeit behandelt wurde und sein Zustand auch teilweise gebessert werden konnte. Hier gab es ebenfalls verschiedene Gründe: einmal natürlich die oben schon genannten, andererseits aber auch eine gewisse Hoffnungslosigkeit, die nicht nur bei dem Patienten bestand, sondern auch die Umwelt befallen hatte. Das manchmal sogar im stärkeren Maße. Nun kam als erschwerendes Moment noch hinzu, daß man den anderen, den Ehemann oder die Mutter, auch noch für eine unbestimmte Zeit entbehren mußte. Eine Familie bildet eine geschlossene Gruppe, deren Mitglieder eine bestimmte Rolle mit einem zugeordneten Aufgabenbereich besitzen. Bleibt eines jener Mitglieder über längere Zeit der Gruppe fern oder kann es wegen einer Krankheit seiner Rolle nicht im vollen Umfang gerecht werden, kommt es innerhalb der Familie zu "Kompensationserscheinungen", die von entsprechenden Schwierigkeiten begleitet sein können. Dieses Problem wird später nochmals zur Sprache kommen.

Ein Ehemann sagte in aller Deutlichkeit, daß er die Behandlung seiner Frau für reine Geldverschwendung halte. Sie hatte schon mehrere Klinikaufenthalte hinter sich. Durch die wiederholten Rückschläge vermutete er, daß es auch diesmal trotz aller Opfer und des guten Willens aller Beteiligten nur bei einer vorübergehenden, immer kürzer anhaltenden Besserung bleiben wird. Es liegt auf der Hand, daß der Therapeut hier

in diesem Umfeld des Patienten auf eine schwierige Aufgabe stoßen kann. Aber dies soll letztlich mit dem Ergebnis jeder dieser Fragen belegt werden.
Eines hatte diese Frage noch ergeben: Nur einer der Befragten antwortete in dem Sinne, daß ihm der Aufenthalt des anderen in der Klinik vollkommen gleichgültig sei bzw. ihn überhaupt nicht weiter berühren würde. Es war der Ehemann einer wiederholt depressiven Patientin.
Schulte wies auf diese Angehörigen hin, deren Unberührtheit gegenüber dem psychotischen Geschehen unnatürlich wirkt und in diesen Fällen meistens zwischen den Partnern über längere Zeit keine Kommunikation bestanden hat. (Schulte, 1968 a)
Die Einweisung in die Klinik wurde nicht nur für den Patienten, sondern vor allem auch für die Angehörigen zu einem Problem. Es mußte ein Entschluß gefaßt werden, dem lange und ausgiebige Überlegungen, Hoffnungen und Ängste vorausgehen konnten. Lidz beschreibt folgende Probleme, die dadurch aufbrechen können:

1. Sorgen um gute Betreuung in der Klinik
2. Spaltung und offenes Zerwürfnis bei den davon unmittelbar Betroffenen
3. Schuldreaktionen
4. Materielle Schwierigkeiten
5. Ungewollte Aufmerksamkeit der Umwelt (Lidz, 1959).

In weiteren Fragen werden diese Probleme näher untersucht werden.
Es kann sich für den gesamten Aufenthalt des Patienten in der Klinik und die Therapie seiner Krankheit, sowie die Zusammenarbeit mit den Angehörigen nur vorteilhaft auswirken, wenn man schon beim ersten Gespräch mit den Betroffenen auf diese Punkte etwas eingeht und stützend eingreift und eventuell bestehende Vorurteile wenigstens teilweise abbaut.
Zusammenfassung: Von 36 befragten Angehörigen waren 26 erleichtert, davon 3 anfangs erleichtert, später empfanden sie den Aufenthalt ihres Angehörigen als Belastung.
8 Interviewte waren belastet, davon einer später erleichtert.
Ein Befragter äußerte Gleichgültigkeit, die Ehefrau eines anderen Patienten verhielt sich in dieser Frage ambivalent und wollte sich nicht festlegen.

Frage 6:
Fühlen sich die Angehörigen den Anforderungen der Krankheit gewachsen oder zeigen sie sich zunehmend gereizt, gelähmt, verärgert, verzweifelt, gleichgültig, mitfühlend, überfordert oder hatten sie Angst?

Eine Frage, die in der Art der Beantwortung eng an die vorhergehende anschließt. Die Reaktion auf die Krankheit sollte für den Arzt insofern nicht ganz uninteressant bleiben, als auch hier Rückwirkungen auf den Patienten entstehen können. Wie und warum diese Reaktion in der Umwelt zustande kommt und von welcher Qualität sie ist, hängt von mehreren Momenten ab. Sie konnten bei den Interviews nicht weiter berücksichtigt werden, seien aber kurz angedeutet.
Entscheidend ist einmal die Schwere der Erkrankung und ihre Symptomatik, weiter natürlich auch die Dauer und Phasenhäufigkeit. So merkte man besonders bei den Angehörigen solcher Patienten, die schon mehrmals in der Klinik waren, eine gewisse Resignation und Gleichgültigkeit - eine Versachlichung der Beziehung zu dem Morbus. Man wußte jetzt schon, wie es etwa "läuft" und daß der Patient nach längerer Zeit in gebessertem Zustand entlassen wird.
Die Reaktion auf die Krankheit hängt natürlich auch von dem Verhältnis ab, das zwischen dem Erkrankten und seiner Umwelt besteht. Auf diese Frage wird aber noch eingegangen werden.
Aus der Exploration ergab sich, daß die meisten der Angehörigen zu Beginn der Erkrankung eine indifferente Haltung einnahmen. Unverständnis sprach aus manchen der Reaktionen. Es war eben schwer zu verstehen, daß der andere plötzlich grundlos traurig war und keinerlei Antrieb mehr hatte. "Dabei war er doch früher immer so lustig und temperamentvoll" oder wie es ein Ehemann besonders deutlich sagen wollte: "Ich verstehe das nicht, sie hatte immer Pfeffer im ..."
Dieser Zustand der anfangs bestehenden Gleichgültigkeit, verschieden motiviert, konnte über die gesamte Krankheitsphase andauern, wie das bei fünf der Interviewten der Fall war. Er

konnte aber auch aus dem anfangs aufkommenden Gefühl der Sorge entstehen, besonders dann, wenn mehrere Phasen abgelaufen waren, worauf schon hingewiesen wurde.
Und schließlich gab es eine Umwelt, die verzweifelte und sich zunehmend überlastet und auch ausgenutzt fühlte. Der andere war ja körperlich gesund. Weiteres konnte man sich nicht erklären. Der Patient saß in ihren Augen nur unfähig herum, und sein Arbeitspensum mußte nicht nur von anderen übernommen werden, er verursachte auch zusätzliche Arbeit.
Melancholie ist nicht induzierbar. Aber Mitleid und Mitgefühl, sowie Mit-Leiden wurde in einigen Fällen beobachtet. Das besonders dann, wenn die Angehörigen von der Krankheit des anderen überzeugt waren und sie auch richtig erkannten.
Der Ehemann einer Patientin kam sehr erregt und auf das Gespräch vorbereitet in die Klinik. Es war gut für ihn, jemanden gefunden zu haben, mit dem er seinen Ärger, seine Probleme und die dauernde Überforderung besprechen und dabei auch etwas abreagieren konnte. Eruptionsartig brach alles das aus ihm hervor, was sich über Wochen angesammelt hatte. Er war Handwerker, hatte ein Geschäft, die Ehefrau wurde dringend gebraucht, "aber sie hatte weiter nichts zu tun, als die Kranke zu spielen usw.". Gespräche können hier sicher etwas von den Emotionen abbauen.
Andere gaben nach einigen Fragen ihre Zurückhaltung auf und ihrer Verzweiflung freien Lauf. Sie weinten. "Wenn Sie wüßten, ...!" war dann oft zu hören. Auch hier könnte dann ein Gespräch das gleiche Resultat ergeben: ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angehörigen und Patient herzustellen und der Umwelt den Überblick über die Krankheit und das Ertragen der Schwierigkeiten zu erleichtern.
Zusammenfassung: Von den 36 befragten Familienangehörigen gaben
9 an, daß sie sich der Krankheit bisher gewachsen fühlten,
3 fühlten sich verärgert und unnötig belastet,
3 hatten Angst und machten sich Sorgen für die Zukunft,
11 fühlten sich überwiegend verzweifelt und überfordert,
5 gleichgültig und abgestumpft,
3 nervös und reizbar.
Nur bei 2 Angehörigen stand allein Mitgefühl mit dem Patienten im Vordergrund aller Reaktionen.

Die nächste Frage bietet sich direkt an:

Frage 7:
Haben sie das Gefühl, daß sie dem Patienten helfen können und ihm eine Stütze sind?

Hier kam häufig ein spontanes "Nein" als Antwort. Ein "Ja" nur selten und auch dann sehr zögernd, die Begründung dafür kaum ausreichend. Das Ergebnis dieser Hilfe wurde von den Angehörigen auch gleich wieder in Frage gestellt. Es war wohl nur der gute Wille, der erneute Versuche erlaubte und einen Erfolg oft nur vortäuschte. Andererseits muß an dieser Stelle gesagt werden, daß die Patienten selbst häufig in den Gesprächen angaben, dies teilweise unaufgefordert, daß es ihnen viel schlechter gehen würde, wenn nicht der andere oder die ganze Familie für ihn gesorgt hätte.
Für zehn Befragte war dieses Problem bisher nicht akut. Sie konnten oder wollten sich zu dieser Frage nicht äußern. Das, was sie für den Kranken taten, lag nach ihrer Meinung im Rahmen dessen, wozu sie auf Grund ihrer Stellung in der Familie und zu dem Patienten verpflichtet seien. Ob es Hilfe oder nicht bedeuten würde, wäre für sie damit nicht relevant. Diese Aufgabe zu erfüllen, würde vor allem den Ärzten und der Klinik zukommen. Schließlich hätten sie den Patienten dazu auch hergebracht.
Interessant an der Situation dieser Frage ist nicht die Stellung des Patienten, der sich ja oft verlassen und manchmal geradezu aufgegeben vorkommt. Es war der quälende Zustand der Hilflosigkeit bei den Angehörigen, der so bedrückend wirken konnte. Das besonders bei denjenigen, die selbst unbedingt helfen wollten und daran glaubten, die Situation des Patienten auf irgend eine Art und Weise ändern zu können. Nachtwachen bei einem Frischoperierten oder feuchte Wickel bei manchen Schmerzzuständen sind Verrichtungen, die nach einiger Zeit mit Besserung im Befinden des Patienten entlohnt werden. Auch liegt hier etwas Greifbares vor. Eine Depression nimmt sicher eine Sonderstellung ein. Eine verzweifelte Mutter sagte

alles, was sie für ihren Sohn tun könne, sei, ihn morgens aus dem Bett zu bringen, damit er nicht gänzlich in einem Zustand der Bewegungsarmut und Stumpfheit verharre. Es ist wohl nachfühlbar, daß diese Hilflosigkeit häufig in der Umwelt des Patienten zu Verstimmungszuständen und Resignation führen kann, sowie zu Grübeleien und Suchen nach anderen Möglichkeiten, sowie natürlich zu Selbstvorwürfen bei ausbleibendem Erfolg.
Worin die in diesem Punkt erfragte Hilfe eigentlich bestand, konnte und sollte in der Frage nicht eruiert werden. Es wurde bewußt gefragt: Haben sie das Gefühl, daß ...
Allzuviel Subjektives ist sowohl bei dem Patienten als auch der Umwelt mit im Spiel. Was dem einen Hilfe und Zuflucht bedeuten kann, z.B. die Nähe eines anderen, ist einem anderen Patienten lästig und läßt ihn unberührt. Das hier aufgeworfene Problem soll letztlich nur, wie alle anderen in dieser Arbeit besprochenen auch, ein kleiner Stein in dem Gebäude dieses Themas Krankheit - Umwelt sein.

Nachfolgend eine der ganz wesentlichen Fragen, die überraschende Ergebnisse brachte, und bei der es sich lohnen würde, sie durch eine größere Arbeitsgemeinschaft untersuchen zu lassen, etwa wie es Pflanz und Mitarbeiter in ähnlichem Sinne in ihrer Arbeit beschreiben (Pflanz, 1962).

Frage 8:
Traten während der Krankheit des Patienten Krankheiten bei den Angehörigen auf bzw. alte Leiden erneut wieder in Erscheinung: Schlaflosigkeit, Magenbeschwerden, Mensesunregelmäßigkeiten, Kreislaufbeschwerden, katarrhalische Infekte usw.?

Nur ein Befragter, der Ehemann einer 50jahrigen Patientin, die zum dritten Male klinisch behandelt wurde, gab an, daß ihn das alles nicht aufregen oder irgendwie beeinflussen würde. Seine Frau sei hier (in der Klinik) in guten Händen, es sei bisher auch immer wieder gut geworden, wenn die Besserung auch nicht so lang anhalten würde, wie er es sich wünsche. Andererseits

sei er deswegen trotzdem gut versorgt, wozu sich also tangieren lassen?
Aber es war ein Einzelfall. Es wurde schon darauf verwiesen, daß diese Beispiele zu den unnatürlichen zählen (Schulte).
Weitere acht Befragte verneinten diese Frage ebenfalls, zeigten sich aber sehr besorgt um den Zustand ihres Angehörigen, sodaß es bei einigen von ihnen oder auch bei allen nur eine Frage der Zeit zu sein schien, bis ebenfalls Auswirkungen in dieser Richtung sichtbar wurden.
Soviel nur als Einleitung zu dieser Frage. Die Angehörigen aller anderen Patienten waren irgendwie alteriert. Die anhaltenden Sorgen um den anderen, Existenzprobleme und aufgegebene Vorhaben und Pläne, praktisch alles das, worüber bereits gesprochen wurde und noch gesprochen wird, hatten ihre Spuren hinterlassen.
Bei acht Interviewten war es "nur" Nervosität. Leider eine Angabe, die von ungenauer und zu umfangreicher Symptomatik belegt wurde und die deshalb, von schweren Schlafstörungen abgesehen, die extra erfaßt wurden und aufgeführt werden, nicht weiter aufgeschlüsselt werden konnte. Dies scheiterte auch am Unvermögen der einzelnen, diese Zustände ausgiebiger zu definieren. Nervosität ist heute zu einem Schlagwort für einen Symptomenkomplex geworden, hinter dem manche Erkrankung verborgen sein kann, der aber ohne exakte klinische Untersuchung nicht näher abzuklären ist.
Nach einigen Krankheiten und Symptomen wurde aber gezielt gefragt, sodaß einer zu umfangreichen Vergröberung etwas vorgebeugt werden konnte.
Es bleiben neunzehn Befragte, bei denen entweder selbst oder in der Familie die verschiedensten Krankheiten während der depressiven Phasen des Familienmitgliedes auftraten. Natürlich ist durch den zeitlichen Zusammenhang eine Beweisführung für die Entstehung dieser Krankheit des Angehörigen durch die des Patienten nicht möglich. Untersuchungen, die Ergebnisse erbringen, die diese Rückschlüsse mit großer Wahrscheinlichkeit zulassen, müßten natürlich einen wesentlichen größeren

Umfang haben und sind von einem einzelnen nicht zu bewältigen. Es geht hier ja vor allem darum, grundsätzlich die Möglichkeit dieser Zusammenhänge aufzuzeigen. Zudem kam das Auftreten der Krankheit in einigen Fällen bei den Angehörigen so plötzlich und ohne andere ätiologische Hinweise, daß man unbedingt in diese Richtung denken muß.
Unvoreingenommen könnte man zunächst zu dem Schluß kommen, daß eine Depression in der Umwelt wieder zu Depressionen führen kann. Es konnte aber nur in einem Fall beobachtet werden, daß ein Familienmitglied während dieser Zeit derart erkrankte und von einem Nervenarzt behandelt werden mußte. Es waren reaktive depressive Zustände, die aus der Erkrankung der Mutter erklärt werden konnten. In solchen Fällen muß man aber sicher auch eine erbliche Komponente mit berücksichtigen, die dann nur durch den zeitlichen Zusammenhang der beiden Erkrankungen etwas undeutlich erscheinen kann. Dies ist aber eine Frage der Ätiologie der Depressionen überhaupt und soll hier nicht untersucht werden. Der Satz von K. Schneider, daß sich Induktion und Irresein ausschließen, fand sich auch bei diesen, wenn auch nur wenigen Beispielen bestätigt.
In allen anderen Fällen waren es Erscheinungen mit Krankheitswert, die nicht in den Formenkreis der Psychosen gehörten, sondern in den somatischen Bereich. Zumeist folgender Art: schwere Schlafstörungen, Inappetenz, Gewichtabnahme, Obstipation. Weiterhin Magenbeschwerden (auch Gastritis und Ulcera), Unregelmäßigkeiten der Menses, grippale Infekte und Herz- und Kreislaufbeschwerden. Ein 54jähriger Ehemann, bis dahin gesund, bekam plötzlich während des Klinikaufenthaltes seiner Frau ein blutendes Ulcus ventriculi und mußte operiert werden. Bei der Ehefrau eines Patienten traten die vor mehreren Jahren abgeheilten Ulcera erneut auf. Anschaulich schilderte ein 28 Jahre alter Ehemann, wie er "schlagartig" mit dem Suizidversuch der depressiven Ehefrau erstmals Magenbeschwerden bekam und Übelkeit und Appetitlosigkeit, seitdem nur noch zwei Mahlzeiten am Tag essen würde und entsprechend abgenommen habe.

Insgesamt waren es neun Angehörige, bei denen während der Erkrankung eines Familienmitgliedes erstmals Magenbeschwerden auftraten oder schon bestehende verstärkt auftraten.
Bei den Ehefrauen depressiv Erkrankter kam es in drei Fällen zu Menstruationsunregelmäßigkeiten. Herz- und Kreislaufbeschwerden traten in vier Fällen auf.
Bei allen den geschilderten Fällen kam noch ein Faktor hinzu: Durch zusätzliche Arbeit oder Ablenkung, die der Patient in der Familie bewirkte, kamen die erkrankten Familienangehörigen manchmal selbst nicht dazu, auftretende Beschwerden rechtzeitig und über längere Zeit behandeln zu lassen. So klagte eine Ehefrau eines Patienten, der zum zweiten Male in der Klinik behandelt wurde, ihre Beschwerden: Ihr Mann litt seit Jahren an depressiven Zuständen. Er selbst wäre darüber oft so unglücklich, daß er in zunehmendem Maße seine Krankheit mit vermehrtem Alkoholgenuß kurieren wollte. Jetzt würde schon beinahe eine Sucht bei ihm bestehen. "Keine Flasche könne er mehr stehen sehen." Ständig müsse sie nun ihren Mann überwachen, um wenigstens die Möglichkeit zum Trinken etwas einzuschränken. So war es ihr unter anderem bisher auch nicht möglich, sich in eine internistische Behandlung zu begeben, um ihre seit langem bestehenden Herzbeschwerden (sie hatte u.a. erhebliche Beinödeme) behandeln zu lassen. Bei der Exploration äußerte sie den Wunsch, daß ihr Mann solange als möglich in der Klinik bleiben möge, da er hier einmal keinen Alkohol trinken würde, zum anderen könnte sie sich endlich etwas schonen. Auch zu diesen Wünschen kann also eine Krankheit führen, wenn auch in diesem Falle nur indirekt.
Eine junge Ehefrau eines Patienten sagte, daß bei ihr Menses-unregelmäßigkeiten und plötzlich auch unerklärliche Schwindelzustände, besonders am Morgen, auftreten würden.
Unter den nervösen Herzbeschwerden seien die noch besonders erwähnt, die deutlich die Symptomatik einer Angina pectoris boten. Zwei Fälle wurden bekannt.
In einem anderen Falle war durch die Depression des Mannes und die damit verbundene Schlafstörung die gesamte Familie, einschließlich der drei Kinder, so negativ beeinflußt worden,

daß die Kinder unruhig und nervös wurden und sogar Schwierigkeiten bei den Schulaufgaben bekommen hätten. Die Mutter bekam nun deshalb auch Schlafstörungen, stand außerdem nachts häufiger auf, um nach den Kindern zu sehen und holte sich nebenbei noch eine ordentliche Erkältung. Bei der Aufnahme des Mannes in die Klinik flehte die Frau die Ärzte förmlich an und bestand darauf, daß ihr Mann, der sich dieser Aufnahme widersetzen wollte, stationär bleiben müsse, damit sie und ihre Kinder wenigstens vorübergehend etwas Ruhe bekämen.
Es wurde mit der Ehefrau eines depressiven Patienten gesprochen, der einen schweren Suizidversuch hinter sich hatte. Ihr Mann brachte sich mit dem Messer erhebliche Verletzungen bei und war ausgeblutet von der Frau gefunden worden. Sie selbst war im sechsten Monat schwanger und erwartete das dritte Kind der Familie. Bei der Exploration gab sie sich sehr gelassen und sogar etwas heiter, so, als ob sie das alles nur wenig berührt hätte. Krankheiten wurden verneint. Um sicher zu sein, wurde zusätzlich noch ein im gleichen Haus wohnender Verwandter befragt, der dann sagte, daß sie auch zu Hause öfters versuchen würde, so ausgeglichen wie hier in der Klinik zu erscheinen. Sie möchte wegen des werdenden Kindes die ganze Problematik, die sie besonders anfangs schwer beeinträchtigt habe, nicht so an sich herantreten lassen. Es gäbe aber Stunden, da wäre sie nur schwer ansprechbar und würde sofort weinen.
Diese Fälle mögen genügen. Es ging bei dieser Frage nicht um eine möglichst genaue quantitative Aufstellung der verschiedenen Krankheiten, die im Verlaufe dieser Untersuchung auftraten. Eines sollte vor allem gezeigt werden: Krankheit kann wieder Krankheit in der Umwelt hervorbringen. Es sind vor allem solche, die nicht in den psychiatrischen Bereich gehören, trotzdem aber bei den Angehörigen bemerkt werden könnten, wenn sie gezielt danach gefragt würden. Eine indirekte Therapie erfahren diese Krankheiten dadurch, daß die Ursache beseitigt wird, d.h., der Patient in der Klinik so behandelt wird, daß die Umwelt die dadurch bewirkte Besserung verspürt. Manchmal genügt auch schon die Tatsache, daß der Patient in

der Klinik behandelt wird, um bei der Umwelt eine wesentliche Erleichterung hervorzurufen, wie gezeigt werden konnte.
Zusammenfassung: Die Antwort "Nervosität" ohne genauere Angaben wurde 8 mal gegeben. Es traten weiterhin auf:
2 mal Magenblutung mit Operation, ohne vorherige Beschwerden,
7 mal Magenbeschwerden verschiedener Art (Gastritis, Ulcus, bisher ungeklärte Übelkeit usw.),
6 mal Schlafstörungen,
3 mal Unregelmäßigkeit in der Periode,
4 mal Herz- und Kreislaufbeschwerden,
1 mal Appetitlosigkeit und Gewichtabnahme unklarer Genese,
1 mal depressive Verstimmungszustände bei einem Angehörigen.
Bei 9 Angehörigen waren bis zu dem Zeitpunkt der Befragung keinerlei somatische Beschwerden aufgetreten.
Dabei ist noch zu beachten, daß einige der Patienten mehrere dieser Beschwerden gleichzeitig angaben.

Frage 9:
Traten bei dem Patienten selbst während der depressiven Phase zusätzlich Erkrankungen auf?

Eine Frage, die nur kurz gestreift werden soll, da ja in dieser Arbeit nicht die Beschwerden des Patienten im Vordergrund standen. Die Angaben sind mehr als Vergleich zu Frage 8 gedacht. Dort hatten wir ja gesehen, daß die Depression in der Umwelt wegbereitend und fördernd für andere Krankheiten sein kann. Interessant ist nun, ob das für den Patienten auch zutrifft.
Das Ergebnis ist eindeutig negativ. Während in der Umwelt bei 27 der Befragten Erkrankungen bzw. Symptome mit Krankheitswert auftraten, ergab sich für die Patienten selbst nur eine Zahl von 8.
So mußte bei einem 55jährigen Patienten eine Operation wegen eines Magengeschwüres vorgenommen werden, das aber schon längere Zeit bestand. Eine 50jährige Patientin litt an tetanischen Anfällen und einem unklaren Leberleiden. Eine andere Patientin wurde während dieser Zeit strumektomiert. Der 42jähri-

ge Patient, der wegen seiner Depressionen zum Alkoholiker wurde, ist schon erwähnt worden.
Dies waren einige der Fälle, die im gesamten Untersuchungsgut auftraten. Irgendwelche Schlüsse können hieraus kaum gezogen werden, es sei denn der, daß eine Depression am Patienten selbst nicht oder nur in geringem Maße krankheitsfördernd wirkt.
Zusammenfassung: Bei 8 von 36 Patienten traten während der depressiven Phasen zusätzliche Erkrankungen auf.

Frage 10:
Kommt es durch die Erkrankung des Vaters oder der Mutter in der Familie zu einer Rollenänderung?

Die Frage anders formuliert: Ändert sich die Stellung des Kranken in der Familie und wer übernimmt dann evtl. dessen Rolle?
Die Frage ist in verschiedener Hinsicht schwierig und konnte bei einer einmaligen Exploration kaum ergiebig beantwortet werden, aber sie soll eine grobe Orientierung für die in dieser Richtung auftretenden Probleme geben.
Ein Teil der Befragten verstand den eigentlichen Sinn dieser Frage beim ersten Ansatz gar nicht, sodaß erst weitere Erläuterungen notwendig waren. Die Antworten kamen dann zunächst auch ungenau und ausweichend. Die Rollen sind ja in der augenblicklichen Gesellschaftsform nicht mehr so klar verteilt, wie dies früher der Fall gewesen sein mag. Die Kompetenzbereiche in der Familie gehen fließend ineinander über. So kam es vor, daß einigen der Befragten nicht bewußt war, welche Rolle sie oder der Patient eigentlich in der Familie einnahmen. Es wurde dann etwas verlegen von Gleichberechtigung und gemeinsamer Lösung von Problemen gesprochen. Erst durch gezieltere Fragen, z.B. nach der Erziehung der Kinder, Verwaltung des Wirtschaftsgeldes, Beruf und Verdienst, Entscheidung über größere Ausgaben usw. kamen klare Antworten und manchmal auch ärgerliche Reaktionen, wenn durch diese Frage an der Stellung gerüttelt zu werden schien, oder die

vor der Erkrankung eines Familienmitgliedes bestandene Parität angezweifelt wurde.
Genauere Angaben sind nun leider auch aus dem Grunde nicht möglich, da in einigen Familien keine Kinder (mehr) in der Familie lebten. Für den Partner des Patienten war dann eine Rollenänderung oder Verschiebung weniger bedeutsam und ergab sich meist automatisch und wurde auch so empfunden.
Aber in einigen Fällen, es waren insgesamt acht, ergaben sich doch Probleme aus der Erkrankung des bisher vitalen und gesunden und auch an allen Vorgängen in und um die Familie herum interessierten Ehepartners. Dabei ergaben sich die Verschiebungen nicht erst zum Zeitpunkt der Einweisung in die Klinik, sondern hatten schon vorher ihre Schatten geworfen.
Lidz beschreibt in einer seiner Arbeiten die Familie als echte Gruppe. Alle ihre Mitglieder stehen in wechselseitiger Abhängigkeit voneinander und ständiger Beziehung zueinander. Jedem kommt eine bestimmte Aufgabe zu, die erfüllt sein muß, wenn die sich selbst und der Gesellschaft gegenüber gestellten Forderungen aufrecht erhalten werden sollen. Besonders die Eltern in der Familie, die Lidz als Identifikationsvorbilder für die Kinder bezeichnet, spielen dabei eine bedeutende Rolle - ihre Rolle. (Lidz, 1959)
Die Aufrechterhaltung dieser Gruppe verlangt die Existenz dieser Rollen bzw. deren Träger und deren ständigen Einsatz. Kommt es zu vorübergehender oder dauernder Insuffizienz auf diesem Gebiet, treten Kompensationserscheinungen auf, die mit oder ohne Schwierigkeiten ablaufen können.
Das heißt nun, daß es wohl in jeder Familie, in der ein Ehepartner krank wird und über längere Zeit in die Klinik muß oder auch zu Hause durch Krankheit in der gewohnten Ausübung seiner Rolle behindert wird, zu einer Verlagerung dieser Rolle auf den gesunden Ehepartner kommt. Das kann so erfolgen, daß dieser einen Teil der Funktion bewußt und bereitwillig übernimmt - so ist es wohl in den meisten Fällen. Oder er übernimmt einen Teil der Rolle, ohne es selbst eigentlich zu wollen und vielleicht auch wahrzunehmen, er wird dazu gedrängt.

Auch dieser Vorgang hängt von mehreren Faktoren ab: der Familienstruktur mit den bis zum Zeitpunkt der Erkrankung verteilten Rollen, dem Alter der Kinder und deren Selbständigkeit usw. Dies ist kaum in faßbaren Daten ausdrückbar, da die Übergänge natürlich fließend sind.
Die eben geschilderte Verlagerung muß noch getrennt werden von einem echten Vertauschen bzw. einer vollständigen Übernahme der Rolle des anderen. Sowohl bei den oben genannten Vorgängen, besonders aber hier, bei eben diesem Rollentausch, können Konfliktsituationen entstehen. Auf diese wird in der nächsten Frage eingegangen werden.
Zu dieser Frage nun einige Beispiele: Die 26jährige Ehefrau eines ebenso alten Patienten gab an, daß sie durch die mit der Krankheit verbundene Gleichgültigkeit und Interessenlosigkeit ihres Mannes allen Dingen gegenüber, die das Familienleben betreffen, zur alleinigen "Verwalterin" der Familie geworden sei. Die zweieinhalbjährige Tochter, an der er früher immer so große Freude gehabt habe, würde er kaum noch beachten. Auch geschäftliche Angelegenheiten, die noch mit dem eben erbauten Haus zusammenhängen würden, müßten nun von ihr erledigt werden. Es entstand bisher keine Konfliktsituation; denn, so erzählte die Frau weiter, selbst wenn es so bleiben würde und die Krankheit ihres Mannes nicht gebessert werden könne, wäre sie aus Zuneigung zu ihm bereit, diese durchaus vorher von ihm ausgeführten Aufgaben weiter zu übernehmen.
Zu einem Problem kam es im folgenden Fall: Ein 36jähriger Bauingenieur war schon seit mehreren Monaten mit seinen beiden Kindern allein, da seine Frau wegen einer schweren Depression, die erstmals während der Schwangerschaft aufgetreten war, zum zweiten Mal in der Klinik lag. Er hatte beim ersten Mal den Säugling wegen der Erkrankung der Mutter in die Kinderklinik bringen müssen und für dessen Versorgung dann 1500,-- DM bezahlt. Das habe ihm noch wenig ausgemacht. Schlimmer für ihn sei der jetzige Zustand: das jüngere Kind habe er bei Bekannten untergebracht, das ältere (viereinhalb) bei seiner Mutter. Hier wäre es sehr verwöhnt worden. Als er das

Kind mit seiner Frau erstmals besuchte, hätte er bemerkt, daß der sonst an seiner Mutter hängende Sohn sich dieser gegenüber plötzlich scheu und zurückhaltend benommen hätte, was nun bei seiner Frau wieder zu einem depressiven Zustandsbild geführt hätte. Es liegt also hier ein Fall vor, bei dem ein Angehöriger der Familie (der Vater) unglücklich darüber ist (so bezeichnete er seine Lage), daß er nicht vorübergehend die Rolle seiner Frau so übernehmen kann, daß wenigstens die Kinder unter diesem Zustand nicht mehr leiden würden, als notwendig ist. Ja, er kann nicht einmal seine eigene Rolle vollkommen ausüben, da die Familie vorübergehend gar nicht existierte, sondern auf andere Familien verteilt wurde. Hier läßt sich nur erahnen, welche Sorgen und Probleme eine Krankheit mit sich bringen kann, wenn diese Trennung über längere Zeit aufrecht erhalten werden muß. Dabei ist es auch nicht damit getan, daß dann in diesen Fällen durch einen Wochenendurlaub oder einige andere Tage, an denen der Patient für kurze Zeit nach Hause entlassen wird, die Situation vielleicht etwas überdeckt werden kann. Der erneute Abschied ist meistens umso schmerzlicher und manche Patienten lehnen deshalb dieses Angebot bzw. die Möglichkeit bewußt ab.
Ein anderer Fall ergab einen gänzlich anderen Rollentausch: Eine 53jährige Patientin, die im Geschäft ihres Mannes viel mitarbeitete (er war Schuhmacher) und die Kunden bediente, wurde während des Klinikaufenthaltes von ihrer 24jährigen Tochter, die inzwischen auch schon verheiratet ist, vertreten. Es ist durchaus nicht selbstverständlich, daß dies ohne Komplikationen praktiziert wird. Die Tochter klagte zwar bei der Exploration etwas über die Last der doppelten Haushaltführung und der zusätzlichen Arbeit im Geschäft ihres Vaters. Bei allem hätte sie aber die volle Unterstützung ihres Mannes. An eine Krankheit ihrer Mutter könne sie allerdings nicht so recht glauben. Sie rechtfertigte vielmehr ihren plötzlich vergrößerten Aufgabenbereich mit der Annahme, daß die depressiven Zustände ihrer Mutter Folge dauernder Überarbeitung und jahrelanger Arbeit ohne Urlaub seien. Der Aufenthalt in der Klinik sei wohl vor allem dazu da, diese verbrauchten

Kräfte zu regenerieren und damit ein "nicht gewollter Urlaub". Es wäre hier vielleicht die Frage interessant, ob diese Krankheitsuneinsichtigkeit der Tochter nur eine Kompensation für eine letztlich doch nur aufgezwungene Aufgabe ist.
In diesem Falle wurde also die Rolle der Mutter von der inzwischen erwachsenen Tochter übernommen.
Eine 37jährige Ehefrau erzählte, ohne daß sie erst danach gefragt wurde, von ihren Sorgen mit den beiden Kindern im Alter von 15 und 10 Jahren. Der Ehemann lag damals schon einige Wochen in der Klinik. Die Mutter gab nun an, daß ihre Kinder von beiden Elternteilen erzogen würden. Jetzt sei es aber so, daß sie alle Entscheidungen allein treffen müsse. Sie als Mutter sei bei der Erziehung schon immer etwas strenger als ihr Mann gewesen, der etwas kompensierend wirken würde, ohne daß es aber zu Widersprüchen zwischen beiden käme. Jetzt, da sie mit den Kindern allein fertig werden muß, würden diese etwas härter angefaßt als früher. Das habe nun schon öfters zu Streitereien und unschönen Szenen zwischen den Kindern und ihr geführt und dem immer deutlicher werdenden Wunsch, daß der Vater doch endlich entlassen werden soll. Jetzt seien aber die Erwartungen der Kinder herb enttäuscht worden, als der Patient erstmals am Wochenende nach Hause durfte und die überschießend reagierenden Kinder ernstlich in die Schranken wies. Hinterher habe das dann zu Verstimmungen auf beiden Seiten geführt. Die 10jährige Tochter soll am anderen Tag geäußert haben, daß man doch den Vater endlich entlassen könne, da er ja mehr als gesund sei, wie sie aus seinem Auftreten schloß.
Dieses vielleicht etwas erheiternde Beispiel deutet aber doch an, welche Schwierigkeiten durch längere Familientrennung infolge der Krankheit und der Inaktivierung des Patienten in einer Familie entstehen können.
An diesen hier geschilderten Fällen ist wohl zu erkennen, wie tief eine Krankheit in das Leben einer Familie eingreifen kann, ohne daß man dies als Arzt am Krankenbett oder in der Sprechstunde sofort sieht oder von den Patienten vorgelegt bekommt.
Bei Angehörigen, deren Patient schon über eine lange Zeit

krank war, war an diesen veränderten Zustand oft schon insofern eine Gewöhnung eingetreten, als die Betroffenen bei dieser Frage erst längere Zeit nachdenken mußten, wie es denn früher eigentlich war. Erst durch gezielte Fragen war die Veränderung im ganzen deutlich zu machen.
Fragte man die Patienten nach der eventuell in dieser Hinsicht andersartigen Situation, so gaben sie resigniert oder verärgert zu, daß sie diese Vorgänge wohl registriert haben, ihre Krankheit es ihnen aber unmöglich mache, eine Änderung herbei zu führen.
Krankheit und Umwelt - Umwelt und Krankheit. Der unglückliche circulus vitiosus, der daraus entstehen kann, wird wohl bei dieser Frage besonders deutlich. Daß er auch dann nicht unbedingt durchbrochen werden muß, wenn die Krankheit des Patienten erfolgreich therapiert werden kann, liegt auf der Hand.
Zusammenfassung: In 9 der Fälle war keine familiäre Struktur für diese Fragestellung gegeben (kinderlose Ehen, unverheiratete Patienten).
Von den restlichen 27 Explorationen wurden 8 bekannt, in denen es zu Rollenänderungen kam.

Frage 11:
Traten Probleme bei der Rückkehr des Patienten aus der Klinik in die Familie auf oder werden welche erwartet?

Diese Frage mußte auf die vorhergehende folgen. Dabei braucht nicht in jedem Falle ein Zusammenhang zwischen Frage 10 und dieser zu bestehen, wie einige Beispiele zeigen werden.
Zum einen ist es so, daß Schwierigkeiten durch Rollenänderungen während des Aufenthaltes in der Klinik nicht auch bei der Entlassung des Patienten auftreten müssen, andererseits aber sicher nicht auch sofort behoben sind. Natürlich hängt dies von verschiedenen Ausgangsfaktoren ab: einmal von der Dauer der Trennung - eine gewisse Proportionalität zur Dauer der Trennung bzw. der Krankheit ist verständlich. Weiterhin von der Art der Aufgabenbereiche, in denen eine Verschiebung

stattfand. Auch von der Häufigkeit der stationären Aufenthalte bzw. der Phase. "Wie lange wird es nun wieder halten?", war eine oft gehörte Frage. Hier verdrängte Skepsis die freudige Erwartung und damit auch einen Teil der anfangs bestehenden Neigung zur Toleranz. Man "weiß" es ja schon, wie es wieder endet und richtet sich gleich entsprechend ein oder ist zu Änderungen einmal eingenommener Positionen nicht bereit.

Man konnte aber gerade auch bei den Fällen, bei denen die Familie schon unter der Krankheit Schaden genommen hatte, hören: wenn er (sie) nur wieder da ist! Hier bestanden Probleme, aber eben nur dann und solange, wie der Patient in der Klinik war. Kam er erst wieder nach Hause, wurde gemeinsam dafür gesorgt, daß die entstandenen Schwierigkeiten nicht erst weitere Kreise zogen und eventuell für den Rekonvaleszenten erneut alterierend wirkten.

Von den acht Befragten, die in Frage 10 Rollenprobleme angaben, wurden bei fünf auch Schwierigkeiten für die Rückgliederung des Patienten in die Familie erwartet. Die Angaben resultierten entweder aus den Erfahrungen früherer Klinikaufenthalte oder aus den Beobachtungen, die während einiger Urlaubstage des Patienten zu Hause gemacht wurden und Befürchtungen rechtfertigten.

Zum anderen: In drei Fällen traten Probleme auf, obwohl die vorhergehende Frage verneint worden war.

Das wirkt nicht mehr paradox, wenn die Familienstruktur und ganz allgemein das Familienleben dieser Fälle näher betrachtet und dabei deutlich wurde, daß Ansatzpunkte für die Fragestellung in dem vorhergehenden Kapitel nicht vorhanden waren.

Und trotzdem erschwerte Rückgliederung?

Zum Verständnis dieser Frage einige beobachtete Tatsachen:

So konnte es zu einer erschwerten Rückgliederung kommen, wenn der Patient vor der Einweisung in die Klinik ein erheblicher Störfaktor in der Familie war; wenn er etwa seine Rolle, zum Beispiel als Vater, überbetonte. Oder aber der Patient störte direkt als Kranker die Harmonie der Familie und die Front gegen ihn hatte sich, berechtigt oder unberechtigt, so ver-

härtet, daß man ihn auch als Genesenen nicht ohne Widerspruch wieder aufnehmen wollte. Natürlich wurde dabei auch seine Rolle eine andere, aber das war dann ein sekundär auftretendes Problem.
Auch hierzu Beispiele, die zwar unterschiedlichen Charakters sind, denen aber die gleiche Problematik zugrunde liegt.
In einer früheren Frage wurde schon von dem Patienten gesprochen, bei dem mit großer Wahrscheinlichkeit die depressive Erkrankung mit dazu beitrug, daß er zum Alkoholiker wurde. Wenn er dabei auch angeblich nicht weiter unangenehm auffiel, so war er allein schon wegen der Tatsache, ein Trinker zu sein, in der Rolle des Vaters gegenüber seinen beiden Kindern geschwächt. Das vor allem auch deswegen: Er bedauerte nach jedem Rausch seine Trinkerei und versprach mehrmals Besserung, konnte dann aber doch dem Alkohol nicht widerstehen, selbst dann nicht, wenn es ihm gesundheitlich besser ging. Anhaltender Ärger und Aufregungen, die damit verbunden waren, hatten die beiden Kinder, die sicher ihren Vater noch akzeptierten, ganz auf die Seite der Mutter gebracht. Als die Entlassung des Patienten akut wurde, so erzählte die Frau des Patienten bei einem zweiten Gespräch mit ihr, sei der einzige Kommentar der beiden Kinder gewesen: "Jetzt geht das wieder los!"
Einige Angehörige, wenn auch nur wenige, äußerten gleich bei der Aufnahme des Patienten die Bitte, ihn über einen möglichst langen Zeitraum in der Klinik zu behalten. So war es auch in folgendem Fall: Der Vater zweier Kinder (14 und 21 Jahre alt) litt unter zeitweiligen depressiven Verstimmungen, während derer er sich manchmal gekränkt und mißverstanden zurückzog, dann aber auch wieder gereizt und von übertriebener Härte seiner Umwelt gegenüber sein konnte. Seine Rolle als Vater benutzte er dazu, sich immer wieder mit Nachdruck und Eigensinn gegenüber seiner Familie durchzusetzen. Das führte bei dem Alter der Kinder natürlich zu entsprechenden Widersprüchen und Streitigkeiten.
Jetzt befand er sich in der Klinik. Die Familie würde nun sichtlich aufatmen, wie die Ehefrau in der Unterhaltung angab. Alles wäre friedlich und harmonisch zu Hause. Daß es ohne

den Vater so gut gehen würde, habe die Kinder während dessen Abwesenheit zum Nachdenken gebracht und, so vermutete die Mutter, nun verstärkt die Neigung zur Auflehnung geweckt. Die Ehefrau hatte jetzt die nicht ganz unberechtigte Angst, daß ihr Mann sicher nicht in dem Zustand nach Hause entlassen würde, der es ihm möglich mache, die zwar ruhigere aber doch letztlich zu seinen Ungunsten veränderte Stimmung zu tolerieren. Es bestand also wirklich ein Problem für die Rückgliederung des Patienten in seine Familie.
Diese Beispiele mögen genügen. Sie zeigen, daß sich die Familie während der Abwesenheit des Vaters oder der Mutter oder auch schon bei deren "Inaktivierung" durch die Krankheit zu Hause, anders formieren kann oder sich plötzlich einer Gemeinschaft bewußt wird, die sich gegen den Patienten richtet. Bei der erneuten Integration führt das sofort wieder zu Spannungen. Dies ist auch dann möglich, wenn der Patient in wesentlich gebessertem Zustand entlassen wird. Die für den Therapeuten auftretende Frage: Wohin entlasse ich den Patienten? ist angesichts dieser Tatsache wohl nicht belanglos.
Zusammenfassung: Von 36 befragten Angehörigen gaben 8 Schwierigkeiten bei der Rückgliederung des Patienten an.

Frage 12:
Eine Frage, die mit den beiden vorangegangenen manches gemeinsam hat, aber ganz allgemein fragt:
Wie reagiert die Familie insgesamt auf die Erkrankung eines ihrer Mitglieder?

Dies unabhängig vom Einweisungsmodus, d.h., ob zum Beispiel ein gewisser Zwang auf den Patienten ausgeübt werden mußte, oder ob er freiwillig in die Klinik ging und unabhängig von der Schwere der Erkrankung sowie der Dauer des stationären Aufenthaltes. Das sind Faktoren, die in kleinerem Rahmen kaum zu berücksichtigen sind. Aber es interessierte, wie die Familie mit dem Kranken lebte, ob es vermehrt zu Streitigkeiten und Auseinandersetzungen kam, oder ob plötzlich ein vorher

nicht vorhandenes Zusammengehörigkeitsgefühl auftrat, bzw. sich die Familie vorübergehend auflöste, weil z.B. niemand die Kinder versorgen konnte.
Keine Antwort bzw. nur ein unbestimmtes Schulterzucken ergab sich bei einigen Interviewten. Die Frage erschien ihnen überflüssig. Dabei aber bei einem Teil aus Interesselosigkeit und Gleichgültigkeit dem Patienten gegenüber. Das Leben ging hier gewissermaßen seinen Lauf weiter, man tat, was man konnte, im übrigen war man aber in einer Krankenversicherung und konnte den wesentlich größeren Anteil der Sorge um den anderen hierfür bezahlten Fachleuten überlassen.
Der andere Teil der Befragten konnte aus einer Selbstverständlichkeit heraus mit der Frage nicht viel anfangen. Da mußte, im Gegensatz zu oben, das Leben weiter gehen. Es war eben selbstverständlich, daß man für den anderen da war und tat, mehr als nur notwendig war. Die Hilfe der Ärzte war dabei kein Recht, das sich aus der Pflichtversicherung ergab, sondern eine Hilfe, mit der man gleichzeitig Hoffnung verband. Welch unterschiedliches Betätigungsfeld bzw. welche Vorbedingungen auch hier für einen Therapeuten!
Einige Beispiele seien nun kurz angeführt: Eine 30jährige Patientin, Mutter von zwei Kindern, litt seit drei bis vier Jahren an Depressionen und wurde erstmals klinisch behandelt, nachdem nun auch ernste suizidale Absichten erkennbar geworden waren. Der Ehemann sagte zu dieser Frage, daß es seit der Einweisung in die Klinik zu unschönen Auseinandersetzungen mit der Mutter seiner Frau käme, die ihm vorhalten würde, teilweise an der Erkrankung seiner Frau und vor allem der Verschlimmerung des Zustandes schuld zu sein. Andererseits würde sie jetzt wohl die Kinder versorgen, sie aber auch in diesem Sinne beeinflussen wollen, was in der gesamten Familie zu dauernden Auseinandersetzungen führen würde. Da die Mutter der Patientin mit im gleichen Haus wohne, sähe er im Augenblick eine befriedigende Lösung nur in einer neuen Wohnung für seine Familie.
Im Gegensatz zu diesem, etwas negativen Beispiel lassen sich natürlich auch solche Fälle zeigen, in denen sich die Familie

wieder auf sich und ihre Funktionen und Aufgaben besann und in allen Bereichen versuchte, die Lücke, die der Patient hinterließ, vorerst zu schließen oder wieder Zusammengehörigkeit zu zeigen. Und das dann möglichst in einer Art, die nicht traumatisierend auf den Patienten wirkte.
So kam die Mutter einer Patientin nach sehr langer Zeit erstmals wieder in das Haus ihrer Tochter, als diese in die Klinik mußte. Sie versorgte jetzt mit früher nie verspürter oder erwarteter Selbstverständlichkeit ihre Enkelkinder.
Folgende familiäre Konfliktsituation schilderte ein 58jähriger Ehemann, dessen Frau seit etwa zwei Jahren krank war und seit vier Wochen in der Klinik lag: Der 18jährige Sohn hatte sich bei einer großen Firma um eine aussichtsreiche Stelle beworben und hätte diese angeblich auch dank seiner guten Zeugnisse bekommen. Dann habe die Firma aber erfahren, daß die Mutter ein Nervenleiden habe. Daraufhin sei ihm bedauernd mitgeteilt worden, daß man leider kein Risiko eingehen könne. Es wurde im Gespräch aber nicht deutlich, ob es in dieser direkten Art erfolgte und zwischen der Ablehnung und der Krankheit der Mutter des Bewerbers wirklich ein Zusammenhang bestand. Das ist letztlich auch uninteressant. Von dem Sohn (und dem Vater) wurde es jedenfalls so interpretiert. Nun sei der Junge gegen seine Mutter aufgebracht und wäre sogar im Begriff, das Haus zu verlassen, da ihm das familiäre Klima, das durch die Krankheit der Mutter negativ beeinflußt werde, sowieso schon lang nicht mehr passen würde.
Ein ganz anderes Problem wird aus folgendem Fall ersichtlich: Die Ehefrau eines Flaschnermeisters wurde schon seit mehreren Wochen klinisch behandelt. Die beiden Kinder, das eine wenige Monate alt, das andere vier Jahre alt, konnten von dem Vater nicht versorgt werden, da er tagsüber der Arbeit wegen nicht im Hause war. So war er gezwungen, das jüngere Kind am Tage in einem Kinderheim versorgen zu lassen. Dafür mußte er 300,-- DM im Monat bezahlen. Das ältere Kind wurde von dessen Großeltern versorgt. Zum Zeitpunkt der Unterhaltung hatte er es bereits vier Wochen nicht gesehen, da er Angst hatte, daß es beim Abschied sowohl seinerseits als auch von seiten des

Kindes eine schmerzliche Abschiedsszene geben würde, da das Kind besonders an ihm hänge. Der Mann weinte fast während der gesamten Unterhaltung.
Auch hier wurde im Grunde durch die Erkrankung der Ehefrau und Mutter vorübergehend eine Familie aufgelöst und mit einigen Konflikten, die, objektiv betrachtet, sicher nicht schwer wiegen, belastet. Ein Fall, der aber in seiner Thematik garnicht so selten ist, wenn auch in bezug auf Trennungszeit und Dauer der Krankheit Varianten auftreten, die den Zustand dann mehr oder weniger erträglich werden lassen.
Zusammenfassung: Es waren insgesamt 6 Familien, bei denen eine Belastung durch die Erkrankung eines Familienangehörigen angegeben wurde, die sich in der Familie negativ auswirkte.
Bei zwei Familien wirkte die Krankheit verbessernd auf die familiäre Struktur. In den übrigen Fällen wurde keine Auswirkung angegeben.

Um diesen Themenkreis abzuschließen und ein abgerundetes Bild der familiären Situation zu gewinnen, wie sie sich nach der Erkrankung eines Angehörigen darstellt, wurde noch folgende Frage gestellt:
Frage 13:
Kam es durch die Krankheit zu einer Änderung im Zusammenleben der Ehepartner?

Eine Frage, bei der man natürlich einschränkend zugeben muß, daß sie sicher nicht immer ehrlich beantwortet wurde, da es sich z.B. bei der Zugabe einer Tendenz in das Negative manchmal auch um einen Entschluß mit einschneidenden Folgen handeln konnte. Außerdem wollte man sich auch der Möglichkeit für eventuelle Kompromißlösungen nicht verschließen und legte sich deshalb in der Antwort nur ungern fest.
Aber es waren doch sieben Ehepartner von 33 Befragten (drei Patienten waren nicht verheiratet bzw. verwitwet), die angaben, daß es durch die Erkrankung des anderen zu einer Minderung der gegenseitigen Zuneigung gekommen wäre. Inwieweit

dies nun ein Vorwand war, andere Argumente, die für eine zunehmende Abneigung sprachen, zu bemänteln oder auch als Gelegenheit wahrgenommen wurde, schon länger bestehende Aggressionen anderer Genese anzudeuten, konnte natürlich in einer Sitzung nicht eruiert werden. Es entstand aber in manchen Fällen der Eindruck, daß die Belastung durch die Krankheit nur noch das auslösende Moment für eine schon längere Zeit schwebende Krise war, und nicht die Krankheit allein für eine andere Situation in der Ehe verantwortlich gemacht werden konnte.

Scheidungsabsichten wurden aber nicht geäußert. "Ich kann den anderen in dieser Situation nicht im Stich lassen", wurde als Argument gebracht. Lidz fand bei seinen Untersuchungen von Familien mit schizophrenen Angehörigen, "... daß die Ehen in ihrer Grundstruktur kaum erheblich gestört sind, eine gewisse Bereitschaft zu ständigen Konflikten und den damit verbundenen feineren oder größeren Spaltungen aber laufend vorhanden ist, derart, daß die Ehepartner sich in ihrem Wert untergraben oder die Familieneinheit dadurch deformieren, daß die Psychopathologie des einen vom anderen Partner passiv akzeptiert wird und die sich daraus ergebenden Probleme maskiert werden". (Lidz, 1959)

Daß es bei der Mehrzahl der Befragten angeblich keine Reaktionen, weder zum Negativen noch zum Positiven gab, kann verschiedene Gründe haben. Dem konnte natürlich im Rahmen dieser Arbeit auch nicht weiter nachgegangen werden. An Möglichkeiten hierfür ist aber wahrscheinlich: einmal eine Gleichgültigkeit im Eheleben, die auch im Erkrankungsfalle des Partners nicht erschüttert werden konnte. Zum anderen kann eine Ehe wiederum so gut sein, daß sie aus diesem Grunde nur schwer zu alterieren ist, oder so schlecht und nur noch lose zusammenhängend, daß es nichts mehr zu schädigen gibt.

Drei Befragte gaben an, daß das Verhältnis zueinander durch die Krankheit des Ehepartners besser geworden sei bzw. wieder besser. Auch da mag natürlich die Ausgangsposition zum Teil eine besondere sein. So findet man gerade bei diesen Fällen bestätigt, daß sich schon vor der Erkrankung, d.h. in

der Ehe überhaupt, Persönlichkeitstypen zusammenfanden, von denen der eine ein anhänglicher, pflege- und besonders liebebedürftiger Mensch ist und der andere zu den Menschen gehört, der diese entsprechenden Funktionen besonders gern ausübt. Im Falle einer Krankheit kann es damit passieren, daß beide vermehrt in ihre ureigenste Rolle gedrängt werden.
Zusammenfassung: Man konnte bei 33 Fällen feststellen, daß eine Auswirkung der Krankheit auf das Eheleben der Patienten mit weittragenden Folgen verneint wurde.
7 Befragte gaben aber an, daß die Zuneigung unter den Krankheitsfolgen gelitten habe, bei 3 Interviewten hatte das Eheleben an Wert gewonnen.

Frage 14:
Ergaben sich durch die Krankheit eines Familienmitgliedes Auswirkungen im Berufsleben der Angehörigen?

Diese Frage erweitert den bisherigen Rahmen und macht weiterhin deutlich, welchen Umfang die Auswirkung der Erkrankung eines Familienangehörigen unter Umständen haben kann.
Zunächst einige Beispiele, die verschiedene Wirkungsradien der Störung verdeutlichen sollen:
Der 49jährige Ehemann einer seit einigen Monaten depressiven Patientin klagte über zunehmende Konzentrationsschwäche und anhaltende Grübeleien über die Krankheit seiner Frau und die daraus erwachsenden Sorgen. Er ist Busfahrer und wird im Straßenverkehr stark gefordert. Bisher hatte er keine größeren Schwierigkeiten gehabt, würde aber bei der jetzigen Situation über anhaltende Müdigkeit, Unlustgefühle und Aufregung über kleinste Fehler anderer Verkehrsteilnehmer klagen.
In diesem Falle fühlte sich also der berufstätige Ehemann einer Patientin negativ beeinflußt.
Doch auch die Kinder können in ihrem Berufsleben gestört werden: Der eine Fall wurde in anderem Zusammenhang schon erwähnt. Es war der 18jährige Sohn jener depressiven Mutter, der berechtigte Berufsaussichten vorerst begraben mußte, als er angeblich wegen des Nervenleidens in seiner Familie von einer großen Firma nicht eingestellt wurde.

Der Vater eines 16jährigen Lehrlings klagte darüber, daß sein Sohn seit der Erkrankung seiner Frau - sie war schon mehrmals in der Klinik - zunehmend verwahrlosen würde. Früher hätte sich seine Frau noch etwas um ihn kümmern können, da sei es dann auch noch einigermaßen gutgegangen. Jetzt würde er mehrmals die Lehrstelle wechseln oder gar nicht zur Arbeit gehen.

Eine ganz andere Situation zeigt folgender Fall: Ein selbständiger Vertreter bei einer größeren Firma litt zunehmend unter depressiven Verstimmungen und mußte sich deswegen jetzt klinisch behandeln lassen. Um angeblich mit seinem Arbeitgeber keine Schwierigkeiten zu bekommen (es würden ihm dann Aufträge entzogen werden), sollte die Krankheit gegenüber der Firma und der Umwelt verschwiegen werden. Die weiterhin anfallende Arbeit wurde vorerst von der verheirateten Tochter provisorisch fortgeführt. Die Tochter mußte deshalb aber jetzt ihre Familie vernachlässigen. Die Ehefrau des Patienten schilderte, von heftigem Weinen immer wieder unterbrochen, in welcher Angst sie ständig lebe, da es eines Tages doch der Firma bekannt würde, und ihr Mann dann die Vertretung wahrscheinlich abgeben müsse. Zum anderen klagte auch schon der Schwiegersohn, daß der jetzige Zustand keine Lösung für längere Zeit sein könne.

Wenn in diesem Falle auch eine eventuell vorhandene skrupelhafte, anakastische Persönlichkeitsstruktur des Patienten mit berücksichtigt werden sollte, war es doch die Krankheit, die das eigentliche Problem aufwarf.

Ein letztes Beispiel soll eine andere Konfliktsituation schildern: Ein 40jähriger Angestellter wurde zum zweiten Mal stationär behandelt. Zum Zeitpunkt des Interviews mit seinen Angehörigen war er eineinhalb Jahre ununterbrochen krank. Er erhielt deshalb von der Krankenkasse den Bescheid, daß sie in Kürze nicht mehr für seine Krankheit aufkommen würde, d.h. auch kein Krankengeld, von dem die Familie bis dahin gelebt habe, weiterzahle. Da er immer noch nicht, oder bestenfalls nur halbtags arbeiten könne, würde der Ehefrau nichts anderes übrig bleiben, als wieder, wie früher, berufstätig zu sein,

um damit wenigstens einen Teil des Unterhaltes mit zu verdienen.
Verschiedene Fälle, verschiedene Situationen. Alle gehen aber von einem Zentrum, der Erkrankung eines Familienangehörigen, aus. In welchem Ausmaß dann wirklich Schwierigkeiten daraus entstehen, hängt sicher noch von vielen anderen Faktoren ab, die erst eine Bereitschaft herstellen oder verschlimmernd wirken können.
Im Grunde genügt es aber schon zu wissen, daß die Krankheit an der Entstehung familiärer und beruflicher Schwierigkeiten großen Anteil haben kann. Diese Schwierigkeiten, und das soll bei dieser Arbeit immer wieder deutlich werden, können auf den Patienten wirken, ihn entmutigen, seine Sorgen, die bei ihm auch ohne äußeren Anlaß pathognomonisch sind, noch vergrößern und ihm vor allem den Boden entziehen, auf den er nach der Entlassung zurückkehren soll. Nicht selten hat ja auch der Patient selbst durch seine Krankheit Kummer am und mit dem Arbeitsplatz. Doch das soll hier nicht weiter untersucht werden.
Wir können also abschließend zu dieser Frage feststellen: Krankheit wirkt nicht nur im unmittelbaren Rahmen der Familie und auf die Interaktion der Familienangehörigen, sondern auch darüber hinaus am Arbeitsplatz der Familienangehörigen und kann damit deren soziale Stellung erschüttern. Daß damit ein Lebensnerv der Familie verletzt werden kann, ist deutlich. Wenn ein gravierender Fall unter diesen 36 Beispielen auch nicht zu finden war, so wurde doch die Möglichkeit dazu aufgezeigt.
Zusammenfassung: Von 36 Befragten gaben 9 an, daß sie selbst oder ein anderes Familienmitglied Schwierigkeiten durch die Krankheit des Patienten im Berufsleben haben.
In 13 Fällen ergab sich für die Frage kein Anhaltspunkt, da in der Familie nur der Patient selbst arbeitete.

Frage 15:
Wurde die Familie gezwungen, einschneidende Maßnahmen zu treffen (Wohnungswechsel, Sparmaßnahmen, Berufswechsel, Kinderwunsch, Verdienstausfälle)?

Daß Auswirkungen der Krankheit auch in ganz anderen Bereichen als den bisher besprochenen verspürt werden können, soll die Antwort auf diese Frage und die folgenden Beispiele zeigen. Die Krankheit eines Familienangehörigen fordert von der Umwelt Geduld, Verständnis, Opferbereitschaft und Zuneigung. Persönliche Interessen anderer müssen manchmal zurückgesteckt werden. Dies alles ist einzusehen und selbstverständlich für die überwiegende Anzahl der befragten Angehörigen. Aber bei einigen von ihnen kamen besondere, weniger häufig auftretende und für manchen auch sicher nicht sofort nachfühlbare Momente hinzu.
Ein 58jähriger pensionierter Polizeiwachtmeister, dessen Frau plötzlich an Depressionen erkrankte und nun in der Klinik behandelt werden mußte, sagte, daß er durch diese Krankheit seiner Frau den Gedanken in Erwägung ziehen würde, sein kleines Haus, das er in einem abgelegenen Schwarzwalddorf bewohnte, zu verkaufen. Er habe Angst, daß er bei einem erneuten Auftreten dieser oder einer anderen Krankheit wieder allein dastehen würde und für langere Zeit in dem Haus leben müsse. Außerdem sei seine Frau in der Großstadt aufgewachsen und eine Rückkehr dahin könne ihr in ihrem jetzigen Zustand nur gut bekommen.
Es war häufig die Wohnung, insgesamt sieben Mal, die plötzlich im Mittelpunkt dieser Schwierigkeiten und Erwägungen stand. So wurde zweimal der geplante Hausbau aufgegeben bzw. aufgeschoben. In einem Falle sei alles schon vorbereitet gewesen. Es war aber dabei nicht nur die finanzielle Seite, die diese Pläne beherrschte, sondern die Furcht vor den Belastungen anderer Art, sowie Aufregungen, denen die Familie und insbesondere der Kranke augenblicklich nicht gewachsen war.
Anders bei folgenden Fällen: Es wurde schon von jener Familie

gesprochen, die für den Aufenthalt eines kleinen Kindes im Pflegeheim 300,-- DM pro Monat bezahlen mußte. Das brachte die Familie in große finanzielle Schwierigkeiten wegen der fälligen Raten für eine kürzlich neu angeschaffte Wohnungseinrichtung.
Eine andere Familie konnte von ihrem bisher verdienten Geld noch eben so die Miete für eine abzuzahlende Eigentumswohnung aufbringen. Das nun im Betrag geringer ausfallende Krankengeld des kranken Mannes brachte sie in solche Bedrängnis, daß die Frau zusätzlich Heimarbeit annehmen mußte, um die Differenz auszugleichen.
Ein junger Akademiker, dessen Frau wegen eines Suizidversuches in der Klinik war, konnte seine beiden Kinder nur dadurch versorgen, daß er ein Kindermädchen anstellte. Das dafür notwendige Geld konnte er aber nach seinen Angaben nicht von seinem Gehalt abzweigen und mußte einen Kredit bei seinem Schwiegervater aufnehmen.
Doch auch andere Maßnahmen konnten ergriffen werden:
Die Frau eines Landwirtes, der nebenbei noch in einer Metallwarenfabrik arbeitete, kam wegen depressiver Zustände zur stationären Aufnahme. Überarbeitung in Landwirtschaft und Haushalt hatten wohl teilweise dazu geführt, vor allem aber eine Behandlung bisher immer wieder aufschieben lassen. Es kam jetzt zu erheblichen Schuldgefühlen bei dem Ehemann, der die Situation wohl realistisch betrachtete und noch während des Klinikaufenthaltes seiner Frau, ohne deren Wissen, einen Teil der Äcker verkaufte und seinen Hof verkleinerte.
Eine weitere Problematik sei noch mit dem letzten Beispiel erwähnt; es ist der Kinderwunsch, der in einer Familie zurückgestellt und eventuell auch ganz aufgegeben wurde, weil ein Elternteil erkrankt war.
Das sind doch schon tief in das Familienleben eingreifende Entscheidungen, bei denen noch zu bedenken ist, daß die gegenwärtige Lösung die aufgeworfenen Fragen nicht aus der Welt schafft, sondern eventuell später einmal, vielleicht unter gänzlich anderen Bedingungen, Anlaß zu gegenseitigen Vorwürfen und Streitigkeiten im Stile: "Wenn Du damals nicht ..."

sein können. Damit kann die Krankheit in eine Familie den Keim für latente Spannung setzen, der bei "günstigem" Klima seine traurigen Triebe zu jeder Zeit hervorbringen kann.
Zusammenfassung: Von 36 Befragten gaben 11 Schwierigkeiten bei dieser Frage an,
bei 7 betrafen sie Haus oder Wohnung, davon hatten 2 finanzielle Schwierigkeiten,
1 mal wurde bestehender Kinderwunsch zurückgestellt, 3 sonstige Gründe.

Frage 16:
Zieht sich die Familie aus dem öffentlichen Leben zurück, und hat die Krankheit eines Familienangehörigen eventuell auch gesellschaftliche Folgen?

Nicht nur der Patient selbst zieht sich bei dieser Krankheit aus dem, was ihn umgibt, zurück, wird seiner Umwelt gegenüber interesselos und gleichgültig. Auch die Familie insgesamt kann sich jetzt dazu veranlaßt fühlen, ihr Leben vorerst in Zurückgezogenheit und Abkapselung zu führen.
Es bestehen auch hier wieder verschiedene Ausgangssituationen. Die einen lieben Geselligkeit, haben öfters Gäste oder besuchen Freunde. Andere pflegen solche Kontakte von jeher weniger; so war es auch bei der Mehrzahl der in dieser Arbeit befragten Angehörigen der Patienten.
Es waren schon aus diesem Grunde nur sechs Interviewte, die angaben, daß sie sich bzw. die Familie seit der Erkrankung ihres Angehörigen gänzlich oder teilweise von dem Geschehen, das um sie herum existiert, abgesondert haben: "Das können wir jetzt nicht brauchen", wurde in diesen Fällen als Antwort gegeben.
Aber nur ein Ehemann einer depressiven Patientin schien wirklich darunter zu leiden. Bei seiner Frau kam noch hinzu, daß sie an Schwerhörigkeit litt, die den Kontakt mit ihrer Umwelt schon aus diesem Grunde erheblich einengte. Da sie aber Gespräche bei genügender Konzentration vom Munde anderer ablesen könne, hätten sie bisher noch Bekannte gehabt, mit

denen sie in gutem Kontakt gestanden hätten. Jetzt sei es zu seinem großen Bedauern sehr einsam um ihn geworden, da seine Frau für keinerlei Unternehmungen mehr in dieser Beziehung zu gewinnen wäre. Er würde sich in seiner Lebensweise dadurch doch beeinträchtigt sehen.
Im Gegensatz dazu gab es Familien, die durch einen Krankheitsfall plötzlich zum Mittelpunkt eines regen Kommen und Gehens wurden. Besonders in ländlichen Gegenden findet man immer wieder durch eine Mischung aus Hilfsbereitschaft und Neugier diese Tatsache bestätigt. Man sollte das aber nicht unbedingt als positives Ergebnis dem oben genannten Beispiel gegenüberstellen, da eben hier doch andere Voraussetzungen gegeben sind.
Eine Beobachtung, die während der Gespräche öfters gemacht werden konnte, sei an dieser Stelle nochmals erwähnt. Der mit dem Fach Vertraute wird sie eventuell als überflüssig oder unangebracht empfinden. Die Betroffenen fanden die Tatsache aber sehr unangenehm und auch gegenüber der Umwelt manchmal peinlich und als Störfaktor für den mitmenschlichen Kontakt: es war die Berührung mit einer Nervenklinik. Das volkstümlichere Synonym sei hier nicht genannt. Mit Berechtigung kann sicher nochmals gesagt werden, daß einige aufklärende und beruhigende Worte sowohl zu dem Patienten als auch vor allem zu den Angehörigen (und manchmal auch einweisenden Ärzten, wie teilweise festgestellt werden konnte) therapeutisch sehr wertvoll sein können und nicht selten auch erst das Fundament schaffen für eine Behandlung, in die ja auch in zunehmendem Maße die Familie des Patienten mit einbezogen werden soll.
Zusammenfassung: 6 Interviewte gaben an, daß sie durch die Krankheit eines Familienmitgliedes in ihrem Kontakt zu der Umwelt behindert werden.

Frage 17:
Unterlag das Verhältnis der Angehörigen des Patienten zu den behandelnden Ärzten während der Krankheitsphasen einer Veränderung?

Es ist zu überlegen, ob es sinnvoll war, diese Frage überhaupt zu stellen. Zu viele subjektive Faktoren und Eindrücke sind hier mit im Spiel. Das Ergebnis ist damit nur mit Zurückhaltung zu betrachten. Nicht nur die Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten zum Besseren oder Schlechteren beeinflußte die in dieser Frage aufgeworfene Problematik. Auch die Erfahrung der Angehörigen, die sie in gänzlich anderem Zusammenhang mit Ärzten oder einer Klinik gesammelt haben können, blieben dabei natürlich nicht unberücksichtigt. Hinzu kommt, daß sich die Patienten in psychiatrische Behandlung begeben mußten. Dazu schreibt Schulte: "Die Notwendigkeit, sich in die Behandlung eines Psychiaters begeben zu müssen, wird bis auf den heutigen Tag noch leicht als ein Makel empfunden." (Schulte, 1951) Dazu kann Krankheitsuneinsichtigkeit seitens der Patienten und sicher nicht selten ebenso Unsicherheit seitens der Angehörigen kommen. Gegen die Diagnose wird sich aufgelehnt und nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt nach der gedeuteten Symptomatik beurteilt. Bis sich dann im Rahmen eines "stillschweigenden Burgfriedens" (Schulte) ein endgültiges Urteil bei den Angehörigen gebildet hat, kann sich die Einstellung der Umwelt des Patienten zu den behandelnden Ärzten und der Klinik laufend wandeln.
Schließlich wird die Antwort auf diese Frage (und auch auf einige der anderen Fragen) auch von der Zugehörigkeit der Angehörigen zu einer jener vier Gruppen beeinflußt, die nach Battegay und Rohrbach in bezug auf die Einstellung der Angehörigen zur Krankheit und dem Patienten überhaupt bestehen können:
1. mißtrauisch-paranoide
2. kühl objektivierend
3. überfürsorglich
4. dominierend-moralisierend. (Battegay, R., Rohrbach, P., 1966).

Auch die Einstellung des Patienten selbst zu seinen behandelnden Ärzten:
1. Ablehnung und Auflehnung
2. Übersteigerte Zuwendung
3. Gleichgültigkeit
4. Bejahung und Vertrauensfindung (Schulte, 1951)
läßt die Meinung der Angehörigen nicht unangetastet.
Differenzierte, exakte Zahlenangaben lassen sich demnach kaum geben, da die Betonung einzelner Faktoren verschieden war und somit fließende Übergänge entstanden. Aber das Problem allein ist wichtig. Es näher aufzuschlüsseln kann selbst Thema einer Untersuchung sein.
Vier Befragte gaben an, daß sie ihren kranken Angehörigen nicht noch einmal in die Klinik bringen würden bzw. meinten, daß die Einweisung ein Fehler gewesen sei. Sie beklagten sich dabei nicht etwa über eine falsche oder ungenügende Behandlung, ein Faktor, den sie zudem auch am wenigsten beurteilen konnten. Dieses Urteil kam dadurch zustande, daß nach ihrer Meinung die Behandlung in der Klinik auch keine besseren und vor allem schnellere Ergebnisse liefern könne. Dafür müßten sie aber allein mit den häuslichen und anderen Schwierigkeiten fertig werden, über die in früheren Fragen schon gesprochen wurde.
Ihnen können zwei Angehörige gegenüber gestellt werden, die, ebenfalls unter der Änderung im Befinden des Patienten, aber im Sinne einer Besserung, ihrer zuvor etwas indifferenten Haltung der Behandlung gegenüber einen positiven Anstrich gaben und sich anerkennend über die für den Patienten getane Arbeit äußerten.
Der größte Teil der Befragten hatte sich zu dieser Problematik bisher nur oberflächlich Gedanken gemacht. Ihnen war entweder alles recht, wenn der Patient nur ärztlich versorgt wurde. Da bei dem stationären Aufenthalt weniger dringlicher Fälle auch heute noch von der Anmeldung bis zur Aufnahme des Patienten einige Zeit vergehen kann, waren es gerade diese Angehörigen, die sich dann befriedigt darüber äußerten, daß sie den Erkrankten nun in der Klinik wußten.

Oder es war so, daß sie zu dieser Frage nicht Stellung nehmen wollten, weil sie diese Zusammenhänge nicht beurteilen konnten oder mochten.
Es waren insgesamt neun Befragte, die schließlich eine zurückhaltende oder negative Einstellung gegenüber der Behandlung in der Klinik bzw. durch die Ärzte einnahmen.
Dieser Eindruck muß so stehen bleiben. Die Berechtigung dazu kann kaum jemals nachgeprüft werden. Sie ist, außer dem bisher genannten, sicher nicht zuletzt auch mit im Auftreten dieser Krankheit begründet, die sich, besonders anfangs, nicht selten in allgemeiner und unterschiedlicher Symptomatik zeigt und auch nicht durch ein Röntgen- oder Blutbild verifiziert werden kann. Dadurch kommt es leicht zu einer anfänglichen Fehlbehandlung oder Verschleppung des Krankheitsbildes. Die daraus abgeleitete Kritik an den behandelnden und häufig aus Ungeduld gewechselten und damit jeder Übersicht über einen eventuellen Therapieerfolg entzogenen Ärzte kann nicht Gegenstand dieser Arbeit sein.
Zusammenfassung: Von den 36 befragten Angehörigen waren 9 mit den behandelnden Ärzten bzw. der Behandlung in der Klinik nicht zufrieden.
2 gaben an, daß ihre Einstellung zu diesem Problem positiv beeinflußt worden wäre.

Frage 18:
Greifen die Angehörigen des Patienten durch dessen Krankheit und der damit verbundenen Belastung überhaupt oder vermehrt zu Medikamenten, Nikotin, Alkohol usw.?

Eine Frage, die, im Gegensatz zu der vorhergehenden, mit einem klaren "Ja" oder "Nein" beantwortet werden konnte.
23 Befragte verneinten. Bei den übrigen kam es zum Teil zu einem erheblichen Konsum an Medikamenten und Genußmitteln. Es waren ausschließlich Männer, die ihren Zigarettenverbrauch erhöhten oder, bzw. und vermehrt Alkohol verbrauchten.
Bei den Frauen depressiver Patienten standen die Medikamente im Vordergrund. Unter diesen dominierten wiederum die Schlaf-

mittel und alle möglichen Herztropfen und sonstige Kreislaufstimulantien. Entweder waren diese Mittel ärztlich verordnet oder selbst besorgt.
Die Motivation der plötzlich vermehrten oder erneuten Abhängigkeit (in einem Falle z.B. hatte der Ehemann einer Patientin das Rauchen vor drei Jahren aufgegeben und hatte jetzt wieder angefangen) von diesen Mitteln war unterschiedlich.
Ein Teil der Betroffenen gab an, daß sie die Zigarette beruhigen würde, die anderen brauchten das gleiche, um Ärger und Aufregung damit zu verdrängen. Beim Alkohol waren es diese und ähnliche Gründe, die als Entschuldigung angegeben wurden.
Die Motivierung für den Bedarf an Schlafmitteln liegt auf der Hand. In Frage 8 wurde darauf schon eingegangen. Kreislaufstimulantien seien deshalb notwendig gewesen, weil die "Herzschwäche", die im Verlaufe der Krankheit des anderen aufgetreten war und erhebliche Belastung mit sich gebracht hatte, damit günstig beeinflußt werden könnte.
Ein 29jähriger Ehemann, dessen Frau wegen eines Suizidversuches in der Klinik behandelt werden mußte, nahm Kreislaufmittel, weil sie angeblich seine trübe Stimmung etwas heben würden.
Ein anderer interessanter Fall: Die Mutter eines 26jährigen depressiven Patienten war selbst wegen einer endogenen Depression schon mehrmals in klinischer Behandlung gewesen. Der Sohn hatte in einem Jahr mehrere Phasen und wurde nun ebenfalls stationär behandelt. Die Mutter gab nun bei dem Gespräch mit ihr an, daß sie jede Krankheitsphase ihres Sohnes aus Angst, daß er einmal das gleiche wie sie durchmachen müsse, nur mühsam ohne erneute eigene depressive Verstimmungszustände überstehen könne und deshalb vorsorglich ihre früher verschriebenen Tabletten wieder einnehme. In diesem Falle wurden die Medikamente also prophylaktisch eingenommen.
Insgesamt kann man aber sagen, daß bei den hier untersuchten Fällen die Anzahl der durch die Krankheit eines Angehörigen

zum Verbrauch von Medikamenten und Genußmitteln getriebenen Familienmitgliedern gering war, sodaß wenigstens in diesem Rahmen diesem Problem keine weitere Bedeutung zukommt.
Zusammenfassung: 13 von 36 befragten Angehörigen gaben an, daß sie vermehrt oder erneut zu den aufgeführten Mitteln griffen.
6 vermehrt zu Nikotin, 1 zu Alkohol, 6 zu Medikamenten und anderem.

Die folgende Frage ist wahrscheinlich die schwierigste gewesen, die im Verlaufe dieses Interviews gestellt wurde. Sie kam deshalb auch erst am Ende des Gespräches, als der bis dahin bestandene Kontakt eventuell bestehendes Mißtrauen oder Hemmungen noch etwas verdrängen konnte. Zusätzlich ergaben sich hier manchmal noch Anhaltspunkte für ein Gespräch, das sowohl den Rahmen dieser Arbeit, als auch den zeitlichen Rahmen sprengte und so je nach der noch zur Verfugung stehenden Zeit ausgedehnt werden konnte.

Frage 19:
Haben die Angehörigen des Patienten im Zusammenhang mit dessen Erkrankung ein Schuldgefühl?

Die interessanteste Feststellung dabei war die, daß die Frage kaum auf unvorbereiteten Boden fiel.
Jores schreibt dazu, daß der Mensch als ein moralisches Wesen immer nach Gut oder Böse fragt und im Zusammenhang mit einer Krankheit, besonders einer seelischen Erkrankung, die Frage nach einer Schuld stellt. Dabei würde es bei den Schuldgefühlen nicht um solche im juristischen Sinne gehen, für die man zur Verantwortung gezogen werden könne, sondern um eine "echte tragische Schuld", ein "unschuldig Schuldigwerden", das der Freiheit des Menschen entspringen würde. (Jores, 1962)
Als erste Reaktion auf die gestellte Frage kam öfters die Antwort: "Wie oft habe ich mich das schon gefragt?" Eine andere Reaktion war langes Schweigen; der Angesprochene fühlte sich

vielleicht irgendwie ertappt und wußte nun nicht, wie er reagieren sollte. Als erstes Zugeständnis kam ein "vielleicht" und sofort eine Kette von Entschuldigungen und Rechtfertigungen, die dann mit der Zusage endeten, daß dies jetzt aber bestimmt anders werde. Der Patient möge nur erst wieder gesund nach Hause kommen. Im übrigen sei man gestraft genug, da man ja jetzt die zusätzliche Arbeit, die Sorgen und andere Probleme habe. Damit schien dann auch das seelische Gleichgewicht wieder hergestellt - zumindest vorerst und nach außen hin.
Aber es gab Fälle, bei denen die Angehörigen aus diesem Grunde einen schwer gestörten Eindruck machten und so unter Schuldgefühlen litten, daß sie selbst behandlungsbedürftig erschienen. Die durchaus interessante Frage, ob diese Schuldgefühle dabei berechtigt waren oder nicht, konnte in diesem einmaligen Gespräch leider nicht beantwortet werden.
Der 47jährige Ehemann einer um zwei Jahre jüngeren Patientin, die vor zehn Jahren erstmals erkrankt war und jetzt wegen eines Selbstmordversuches wieder stationär behandelt werden mußte, schlug sich bei dieser Frage mehrmals gegen die Brust und wiederholte immer wieder, daß nur er allein an der Krankheit seiner Frau schuld sein könne. Auf die Frage, wie er denn zu dieser Annahme käme, erzählte er folgenden Traum, den er kurz nach der Aufnahme seiner Frau in die Klinik gehabt habe: Er habe im Traum eine elektrische Anlage mit Schaltern und Drähten gesehen, die wirr zu einer Schaltung verbunden gewesen wären. Nichts hätte funktioniert und immer wieder sei es zu einem Kurzschluß gekommen. Daraus müsse er schließen, daß er bei der Krankheit seiner Frau zu spät und falsch geschaltet habe und damit Schuld an der Krankheit seiner Frau trage.
Es besteht sicher die berechtigte Frage, ob dieser Mann nicht auch ärztlicher Behandlung bedarf oder wenigstens ein beruhigendes und klärendes Gespräch mit ihm geführt werden solle. Es ging bei ihm nämlich auch darum, daß ihn diese Schuldgefühle tagsüber bei der Arbeit nicht losließen, daß er ständig suchte, wo denn der Fehler bei ihm liegen würde und durch diese Grübelei die für seine Arbeit an einer Maschine notwendige Konzentration nicht vorhanden war.

Ein anderer Ehemann hatte kurz vor der Aufnahme seiner Frau eine bis zum Zeitpunkt des Gespräches erfolgreich anhaltende Entziehungskur wegen Alkoholabusus durchgemacht. Nun zermürbten ihn aber Schuldgefühle; seine frühere Trunksucht habe sicher die depressiven Zustände seiner Frau bewirkt. Er würde sich jetzt nach erfolgreicher Behandlung wieder haltlos und gefährdet sehen.
Ein anderer Fall ist die Mutter jenes 26jährigen Patienten, von der in der vorhergehenden Frage schon gesprochen wurde. Sie hatte als Kriegerwitwe ihren Sohn allein großziehen müssen und machte sich nun Vorwürfe, daß sie dies wahrscheinlich nicht richtig gemacht habe. Es hätte wenig Kontakt zwischen ihr und dem Jungen bestanden, da sie berufstätig sein mußte. Auch würde sie selbst an Depressionen leiden und hätte vor allem damals, als bei ihr mehrmals klinische Behandlung notwendig gewesen sei und ihr Sohn die schwierigen Pubertätsjahre durchlebte, diesen besser in ein Heim tun sollen, statt ihn zu Hause von der Verwandtschaft nur oberflächlich betreuen zu lassen.
Man kann es wohl nachempfinden, daß diese und ähnliche Gedanken einem Menschen oder einer ganzen Gemeinschaft schwer zusetzen können. Immer wieder steht dieses "Warum" über allem und läßt den dafür empfänglichen Persönlichkeitsstrukturen keine Ruhe. So kann es zu Aggressionen gegen sich selbst kommen, die neben anderen Auswirkungen dann auch zu einer jener Krankheit führen können, die unter Frage 8 genannt wurden.
Daß es die Mehrzahl der Fälle war, bei denen Schuldgefühle entweder nicht aufgetreten waren oder auch nicht angegeben wurden, liegt u.a. sicher daran, daß ein wesentliches Symptom der Krankheit bei dem Patienten ebenfalls Schuldgefühle sind, die zudem da so massiv auftreten und in den Vordergrund rücken können, daß in der Umwelt der Gedanke an ein eigenes Versagen oder auch nur das Nachdenken über dieses Problem gar nicht erst auftritt.
Bei allen in dieser Arbeit untersuchten Fällen hatte man sich aber mit dieser Frage beschäftigt, was andererseits bestätigen mag, daß diese Krankheit in dem Punkt zwingend auf die Umwelt einwirken kann.

Zusammenfassung: 10 Interviewte gaben an, daß die Krankheit des Patienten bei ihnen zu Schuldgefühlen geführt habe. Die übrigen Angehörigen verneinten die Frage und gaben zum Teil anderen Faktoren, auf die in einer früheren Frage schon eingegangen wurde, die Schuld.

Frage 20:
Was erwarten sie von einer Besserung im Befinden des Patienten und der Rückkehr aus der Klinik in den Familienkreis?

Diese Frage kam als letzte erst zu dem Interview hinzu, als ein Teil der Untersuchungen schon abgeschlossen war. Ein genaues Ergebnis kann daher nicht gegeben werden.
Welche Frage, wird vielleicht eingewendet werden können. Aber Entrüstung oder Verwunderung seitens der Angehörigen darüber blieben bis auf wenige Ausnahmen aus. Hier waren die Familienmitglieder insofern überrascht, als sie mit Selbstverständlichkeit erwartet hatten, daß der Patient wesentlich gebessert bzw. geheilt die Klinik verlassen würde. Aber der weitaus größere Teil der Befragten hatte konkrete Vorstellungen zu dieser Frage entwickelt. Aus den Antworten ergaben sich zwei Tendenzen:
Ein Teil der Angehörigen der Patienten äußerte den Wunsch und die Hoffnung, daß der Kranke vollkommen gesund entlassen wird. Man wollte ihn so wie früher wieder in der Gemeinschaft haben. Allerdings schränkten einige doch gleichzeitig ein, daß es wohl nur ein Wunsch bleiben würde. "Wenn Sie mich aber schon fragen ..."; man wollte die Gelegenheit nicht ungenutzt lassen, wenigstens seine Vorstellung zu äußern.
Der andere Teil der Interviewten war in dieser Hinsicht weitaus bescheidener. Zu ihnen gehörten meistens die Angehörigen solcher Patienten, die schon zweimal oder öfters in der Klinik waren. Der Wunsch bestand wohl, aber man erwartete in diesen Fällen schon nicht mehr eine vollständige Heilung und anhaltende Besserung. Zufrieden wäre man bereits, wenn einige Symptome nicht mehr auftreten würden.
Bei den befragten Ehemännern bestand vor allem der Wunsch,

die Frau doch baldmöglichst zu entlassen, damit sie den Haushalt wieder führen könne und sich auch der Kinder wieder annehmen kann. Es kamen auch detailliertere Vorstellungen, die sich nach der Dominanz der Symptome zu richten schienen. So war es einmal die Schlaflosigkeit, in einem anderen Fall der fehlende Antrieb oder das häufige grundlose Weinen und die Traurigkeit, die nicht mehr auftreten sollten.
Der Ehemann einer jungen Frau, die erstmals stationär behandelt wurde und schon fünf Monate nicht mehr bei den beiden Kindern und dem Mann gewesen sei, sagte etwas resigniert, daß es ihm im Grunde gleich sei, ob es seiner Frau nach der Entlassung aus der Klinik wesentlich besser gehen würde. Wichtig sei vor allem, eine erreichte Besserung auch zu erhalten und einen Zustand zu erlangen, der eine klinische Behandlung nicht mehr notwendig erscheinen läßt. In den vergangenen Wochen hätte er einiges durchstehen müssen und möchte dies, vorallem seiner Kinder wegen, nicht noch einmal erleben.
In dieser letzten Frage konnte man bei einigen Beispielen nochmals die Problematik aufbrechen sehen, die dieser Arbeit zugrunde liegt. Auswirkung der Krankheit auf die Umwelt; hier wurde in den Wünschen schnell nochmals durchlebt und deutlich, was die Umwelt durch die Krankheit des anderen erlebt und auch erduldet hatte.
Wenn vielleicht die hier vorgebrachten Wünsche den Auswirkungen nicht immer adäquat erschienen, so waren sie wohl in jedem Falle angebracht und beruhten auf durchlebten Sorgen, Ängsten, Problemen und manchmal auch einer pessimistischen Vorausschau in die Zukunft.

Diskussion

Soviel wird aus diesen Ergebnissen deutlich geworden sein: Krankheit ist kein isolierter Faktor. Die beste Therapie in der Klinik oder Praxis wird nicht verhindern können, daß der Morbus in der Umwelt Reaktionen hervorruft, die eine fast notwendige und keineswegs nur negative Erscheinung mitmenschlicher Kommunikation sind. Auf die sich daraus ergebende Wechselwirkung wurde in den vergangenen Seiten mehrmals hingewiesen.

Um nicht nur den Patienten mit seinen unmittelbaren Beschwerden zu betrachten und zu therapieren, sondern in diese Wechselbeziehung hemmend oder fördernd eingreifen und sie steuern zu können, wird es immer wieder notwendig sein, "daß sich die Aufmerksamkeit der Sozialpsychiatrie nicht nur auf das Vorfeld, sondern auch auf den von der Reaktion der Umwelt abhängigen Empfangsraum richtet". (Schulte, 1968)

Hier liegt eines der Aufgabengebiete künftiger Sozialpsychiatrie und Psychiatrie allgemein. Es ist nicht damit getan, einen Patienten gebessert oder geheilt zu entlassen und mit einem Arztbrief und 14 Tagen "Genesungsurlaub" dem ohnehin überlasteten Hausarzt zur eventuellen Weiterbehandlung und Betreuung zu überlassen. Schon während der stationären Behandlung sollte man, soweit das möglich ist, dem Patienten immer wieder den Kontakt mit seiner Umwelt ermöglichen; bei einem Teil der Fälle aus therapeutischen Gründen, zum anderen aber auch deshalb, um die Rückgliederung in die Familie und Arbeitswelt des Kranken nach der Entlassung aus der Klinik zu erleichtern. Wenn auch, und dies sei an dieser Stelle noch einmal nachdrücklich betont, bei aller Mühe und Sorge um den Patienten diesem doch die Möglichkeit und vor allem die Ruhe dazu gegeben werden muß, seine eigene Krankheit zu haben und auch etwas mit ihr selbst fertig zu werden.

Nun entsteht die Frage: In welchen Empfangsraum wird der noch Erkrankte oder schon Genesene entlassen? Sie ist besonders akut angesichts folgender Problematik: "Dank der neuen Therapiemethoden ist ein Patiententyp geschaffen, der einerseits

nicht so krank und sozial auffällig ist, daß er unbedingt im Psychiatrischen Krankenhaus verbleiben müßte, der andererseits aber auch nicht anpassungsfahig genug ist, um sich ohne fremde Hilfe in der freien Gemeinschaft zurechtzufinden." (Schulte, 1963)

Die untersuchten Fälle ergaben hierzu einige Anhaltspunkte: Einmal kann der Entlassene eine durch seine Krankheit geschädigte und in Veränderung begriffene Umwelt antreffen, die nicht nur jetzt erst ihre Wirkung auf ihn entfaltet, sondern schon zu Reaktionen führen konnte, als er sich noch als Patient in der Klinik aufhielt. An einzelnen Beispielen konnte das gezeigt werden.

Zum anderen kann die Krankheit positiv auf die Umwelt gewirkt und zu Änderungen geführt haben, die der aus der Klinik Rückkehrende umso wohltuender empfinden wird.

Eine Umwelt, die von der Krankheit eines Familienmitgliedes vollkommen unberührt blieb, wurde unter diesen Beispielen nur einmal gefunden. Dies ist also nicht ausgeschlossen, aber insgesamt wohl selten und vor allem unnatürlich, worauf Schulte in seiner Arbeit hinweist. (Schulte, 1968)

Patienten und Umwelt zu einer therapeutischen Gemeinschaft zu erziehen ist damit ein fernes, aber wichtiges und notwendiges Ziel. Von der Krankheit, in unseren Beispielen der Depression, hervorgerufene Schäden sollten zudem behoben werden oder die Betroffenen sollen wenigstens dabei unterstützt werden, diese leichter und angepaßt zu ertragen. "Die therapeutische Gemeinschaft zielt auf Aktivierung, Kultivierung und Einübung sozialer Interaktionen, gegenseitige Duldung und vor allem demokratisch vermitteltes Austragen und Ertragen von Aggressionen." (Kulenkampff, 1968)

Der Arzt kann sich letztlich etwas Gewißheit darüber verschaffen, daß sein Patient nicht in einen leeren oder für ihn fremden Raum entlassen wird und damit alle Arbeit an ihm nur Stückwerk bleibt, sondern auch einen positiv aktivierenden Einfluß ausgeübt hat auf die Wechselwirkung zwischen Krankheit und Umwelt.

Als Ausblick sei nochmals die oben zitierte Arbeit von Schulte genannt, in der er am Schluß schreibt: "Das ganze zielt organisatorisch auf einen umfassenden psychiatrischen Gesundheitsdienst, in dem schließlich einmal die psychiatrische Klinik und das psychiatrische Krankenhaus den kleineren Teil ausmachen und aus ihrer ominösen Akzentuierung heraustreten werden." Und weiter: "Sozialpsychiatrie wird in dem Maße fruchtbar sein, als sie bereit ist, sich immer einmal wieder selbst in Frage zu stellen. Ihr Gewinn besteht aber darin, daß in einer weniger morbus- als krisengerichteten Betrachtungsweise neben dem ostentativ Kranken vor allem der Gefährdete Beachtung und Vorsorge findet."
Nicht nur der Kranke, auch dessen Umwelt sollte es also sein, auf die in Zukunft unsere Aufmerksamkeit vermehrt gerichtet werden sollte.

LITERATURVERZEICHNIS

1. BAEYER, W.v.: Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken. Sozialpsychiatrie 1,2 - 6 (1967)

2. BATTEGAY, R., ROHRBACH, P.: Gruppenpsychotherapie mit Schizoprenen und deren Angehörigen. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 16, 134 - 146 (1966)

3. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 10. Aufl. Berlin: Springer 1966

4. IRLE, G.: Soziale Psychiatrie: Der Einfluß sozialer Faktoren auf Psychosen. Almanach für Neurologie und Psychiatrie (Hrsg. W. Schulte), München: J.F. Lehmann 339 - 357 (1967)

5. JORES, A.: Der Mensch und seine Krankheit, 3. Aufl. Stuttgart: Klett 1962

6. KISKER, K.P.: Schizophrenie und Familie. Nervenarzt 33, 13 - 21 (1962)

7. KLUGE, E.: Über die langfristig behandelten Patienten der nervenärztlichen Praxis. Nervenarzt 34, 55 - 57 (1963)

8. KÖNIG, R.: Probleme der Medizinsoziologie. Sonderheft 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Köln - Opladen: Westdeutscher Verlag 1961

9. KÖNIG, R.: Praktische Sozialforschung 1. Das Interview, 4. Aufl. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch 1965

10. KULENKAMPFF, C.: Sozialtherapie und Rehabilitation bei Geistes- und Gemütskrankheiten in der Gegenwart. Das ärztliche Gespräch 9, Tropon 1968

11. LIDZ, Th.: Die Familienwelt der Schizophrenen. Psyche 13, 243 - 329 (1959)

12. MATUSSEK, P., HALBACH, A., TROEGER, U.: Endogene Depression. München: Urban & Schwarzenberg 1965

13. MITSCHERLICH, A.: Soziologisches Denken in der Medizin. Der deutsche Arzt 8, 459 - 475 (1958)

14. MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt. Frankfurt: edition suhrkamp 1966

15. NEWCOMB, M.Th.: Sozialpsychologie. Meisenheim am Glan: Hain 1959

16. PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart: Enke 1962

17. STROTZKA, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. rowohlts deutsche enzyklopädie. Hamburg: Rowohlt 1965

18. SCHULTE, W.: Die Psychiatrie in der Sicht des Kranken. Universitas 6, 777 - 784 (1951)

19. SCHULTE, W.: Die Reaktionsweise der gesunden Umwelt auf einzelne seelische Krankheiten. Nervenarzt 28, 509 - 514 (1957)

20. SCHULTE, W.: Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt 32, 314 - 320 (1961)

21. SCHULTE, W.: Psychotherapeutische Bemühungen bei der Melancholie. Deutsche Medizinische Wochenschrift 87, 2225 - 2231 (1962)

22a. SCHULTE, W.: Zur Wiedereingliederung seelisch Kranker in die Gesellschaft als diakonische Aufgabe. Wege zum Menschen 15, 130 - 132 (1963)

22b. SCHULTE, W.: Zur Wiedereingliederung seelisch Kranker und Abnormer in Beruf und Familie. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 13, 209 - 218 (1963)

23. SCHULTE, W.: Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeit der Beeinflussung. Stuttgart: Hippokrates 1965

24a. SCHULTE, W.: Der seelisch Kranke und die heutige Gesellschaft. Therapiewoche 39, 1533 - 1539 (1967)

24b. SCHULTE, W.: Wechselwirkung zwischen chronisch Schizophrenen und ihrer Umwelt. Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Stuttgart: Enke 1967

25a. SCHULTE, W.: Die Auswirkung der Schizophrenie auf ihre Umwelt. Nervenarzt 39, 98 - 104 (1968)

25b. SCHULTE, W.: Seelisch Kranke und ihre Behandler unter dem Druck der Vorurteile ihrer Umwelt. Ärztliche Fortbildung 18, 446 - 449 (1968)

26. UEXKÜLL, Th.v.: Grundfragen der Psychosomatischen Medizin. Hamburg: Rowohlt 1963

27. WILLI, J.: Die Schizophrenie und ihre Auswirkungen auf die Eltern. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 89, 426 - 463 (1962)

28. WEITBRECHT, H.J.: Die heutige Diskussion über das Wesen der endogenen Psychosen. Fortschritte der Neurologie 34, 161 - 175 (1966)

29. WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriß, 2. Aufl. Berlin: Springer 1968

Herrn Professor Dr. Schulte, Direktor
der Universitäts-Nervenklinik Tübingen,
danke ich für das Thema dieser Arbeit
und die Unterstützung, die er mir für
deren Entstehung gewährte.
Mein Dank gilt auch den Kolleginnen und
Kollegen sowie den Schwestern und Pflegern
der Universitäts-Nervenklinik Tübingen,
die mir bei der Auswahl der Fälle behilf-
lich waren.

L e b e n s l a u f

Am 7. Dezember 1940 als Sohn des Pfarrers Alfred Gündel in Lichtentanne Kreis Zwickau geboren.
Abitur 1959 an der Oberschule in Freiberg. Anschließend 4 Semester Studium der Geophysik an der Bergakademie in Freiberg/Sachsen und ein Semester Meteorologie an der FU Berlin.
1962 bis 1968 Studium der Medizin in Tübingen und Würzburg.
Medizinisches Staatsexamen am 9. August 1968 an der Universität Tübingen.

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 19 a
Telefon 291063

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 19 a
Telefon 291063